

TESIS

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



**YUSRIAWATI
R012181035**

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

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

Disusun dan diajukan oleh

YUSRIAWATI
Nomor Pokok: R012181035

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

Menyetujui

Komisi Penasihat,


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


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

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,


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



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,


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

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

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

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

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

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

Makassar, 10 Mei 2021

Yang menyatakan,




Yusriawati

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

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

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

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

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

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

Aamiin Allahumma Aamiin.

Makassar, Mei 2021

Penulis



Yusriawati

ABSTRAK

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

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

DAFTAR ISI

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

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

DAFTAR TABEL

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

DAFTAR GAMBAR

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

DAFTAR LAMPIRAN

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Rumusan Masalah

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

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

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

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

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

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

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

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

D. Originalitas Penelitian

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Algoritma Pencarian

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

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

B. Tinjauan Literatur

1. Konsep *Patient Safety*

a. Definisi *patient safety*

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

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

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

b. *International Patient Safety Goals* (IPSG)

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

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

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

c. Insiden *patient safety*

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

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

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

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

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

d. Faktor-faktor penyebab insiden keselamatan pasien

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Pengetahuan

a. Definisi pengetahuan

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

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

b. Jenis-jenis pengetahuan

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

1) *Experiential knowledge*

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

2) *Skills*

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

3) *Knowledge claims*

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

3. Keterampilan

a. Definisi keterampilan

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

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

b. Kategori keterampilan

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

1) *Basic literacy skill*

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

2) *Technical skill*

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

3) *Interpersonal skill*

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

4) *Problem solving*

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

4. Sikap

a. Definisi sikap

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

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

b. Komponen sikap

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

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

c. Tingkatan sikap

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

1) Menerima (*receiving*)

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

2) Merespon (*responding*)

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

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

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

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

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

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

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

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

b. *Orientation program*

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

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

c. *Residency program*

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

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

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

a. Definisi instrumen

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

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

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

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

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

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

4) Upset

b) Speaking up about errors

Telling others about an error I made, would be:

5) 1 = difficult to 5 = easy

6) 1 = worthless to 5 = worthwhile

7) 1 = unacceptable to 5 = acceptable

8) 1 = unhelpful to 5 = helpful

4 Attitudes to patient safety

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

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

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

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

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

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

5 Safety at the workplace

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

2) The nurses will not criticise me for making mistakes

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

4) The doctors will not criticise me for making mistakes

5) NHS managers will make it easy to report errors

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

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

Keterangan:

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

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

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

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

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

5 Personal attitudes to patient safety

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

6 Your intentions regarding patient safety

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

Keterangan:

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

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

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

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

7. Translasi dan Adaptasi Instrumen

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

a. *Collocation Adaptation*

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

b. *Cultural Adaptation*

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

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

c. *Literary Adaptation*

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

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

d. *Ideological Adaptation*

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

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

a. *Forward translation*

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

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

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

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

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

b. *Expert panel*

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

c. *Back-translation*

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

d. *Pre-testing and cognitive interviewing*

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

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

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

e. *Final version*

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

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

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

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

8. Uji Psikometri

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

a. Uji validitas

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

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

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

1) *Content validity*

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

a) *Face validity*

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

b) *Systematic examination of the literature*

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

c) *Judgment by expert*

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

2) *Construct validity*

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

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

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

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

1) *Statistical conclusion validity*

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

2) *Internal validity*

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

3) *Construct validity*

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

4) *External validity*

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

b. Uji reabilitas

1) Definisi

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

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

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

a) *Stability*

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

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

b) *Homogeneity/Internal Consistency*

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

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

c) *Equivalence*

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

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

- *Percent Agreement*

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

Formula untuk menentukan *percent agreement*:

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

- *Cohen's Kappa*

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

Tabel 2.3 Tabel Matriks *Cohen's Kappa*

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

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

Nilai kappa ditentukan dengan rumus:

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

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

atau

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

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

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

Sangat lemah : < 0.00

Lemah : 0.00 - 0.20

Seimbang : 0.21 - 0.40

Sedikit kuat : 0.41 - 0.60

Kuat : 0.61 - 0.80

Sangat kuat : 0.81 - 1.00

2) Interpretasi koefisien keandalan

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

c. Pelaporan hasil uji validitas dan uji reabilitas

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

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

Contoh 1:

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

Contoh 2:

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

9. Prosedur Translasi, Adaptasi, dan Validasi Psikometri

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

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

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

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

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

Poin-poin penting

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

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

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

Poin-poin penting

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

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

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

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

Poin-poin penting

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

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

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

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

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

Poin-poin penting

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

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

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

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

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

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

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

Poin-poin penting

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

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

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

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

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

Poin-poin penting

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

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

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

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

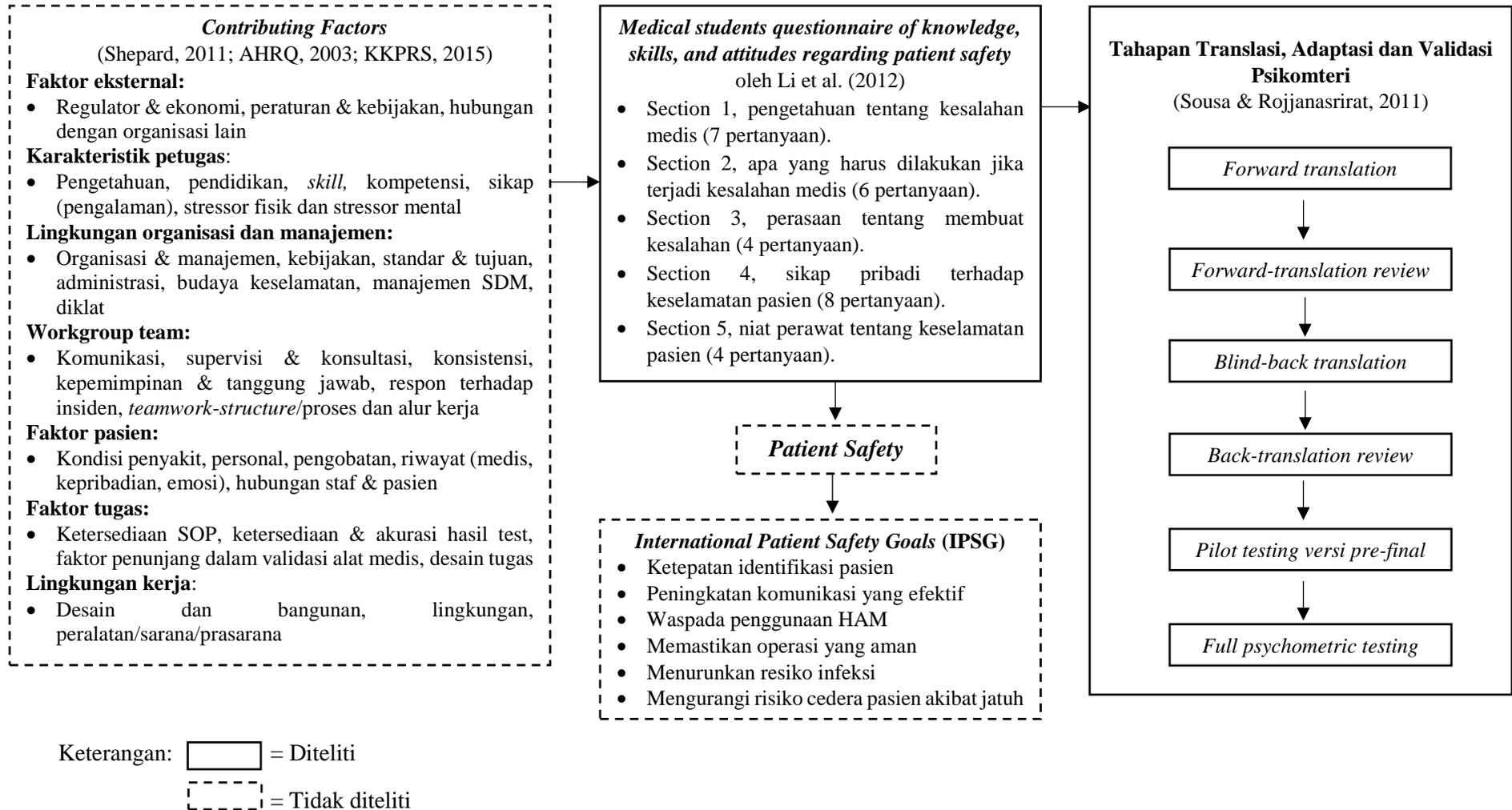
Poin-poin penting

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

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

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

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

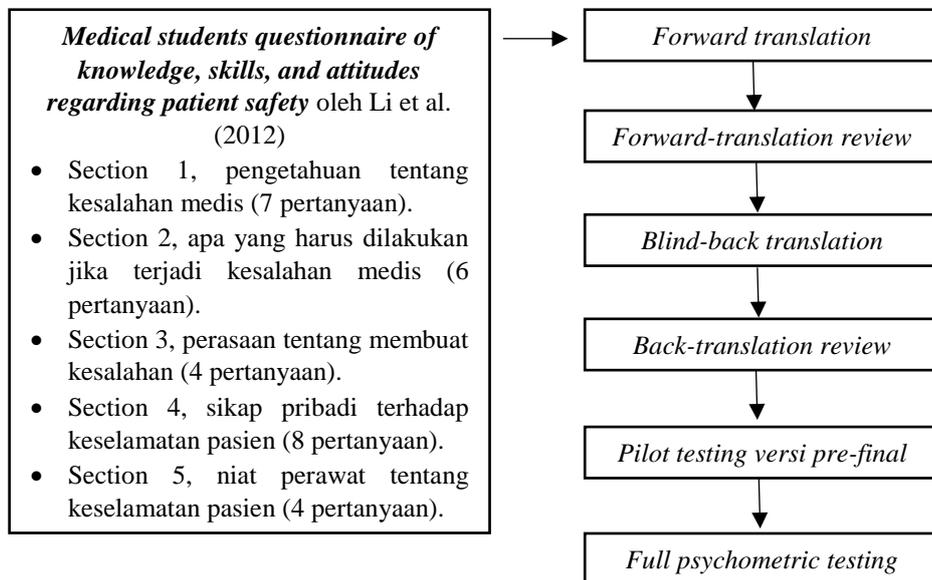
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual Penelitian

Kerangka kerja konseptual menurut Camp (2001) dalam Adom, Hussain, & Agyem (2018) adalah struktur yang dipercaya oleh peneliti untuk dapat menjelaskan perkembangan alami dari fenomena yang akan dipelajari. Kerangka konseptual merupakan penjelasan peneliti tentang bagaimana masalah penelitian akan dieksplorasi.



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

B. Definisi Operasional

1. Instrumen *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* adalah instrumen yang digunakan untuk menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien yang terdiri dari 29 item pertanyaan
2. *Forward translation* adalah proses menerjemahkan instrumen asli ke dalam bahasa Indonesia oleh dua orang penerjemah bersertifikat yang bahasa ibunya adalah bahasa Indonesia.

3. *Forward-translation review* adalah membandingkan dua versi terjemahan dari instrumen berbahasa Indonesia dengan melibatkan penerjemah ketiga yang kemudian akan menghasilkan *preliminary initial* versi bahasa Indonesia.
4. *Blind-back translation* adalah proses terjemahan balik *preliminary initial* versi bahasa Indonesia ke bahasa Inggris oleh dua penerjemah lain yang bahasa ibunya adalah bahasa Inggris yang keduanya tidak mengetahui instrumen asli.
5. *Back-translation review* adalah proses membandingkan antara dua hasil *blind-back translation* dan antara terjemahan balik dengan instrumen asli oleh komite multidisiplin serta melibatkan pengembang instrumen asli jika memungkinkan.
6. *Pilot testing versi pre-final* adalah uji coba versi pra-final instrumen yang berbahasa Indonesia pada NGRNs.
7. *Full psychometric testing* adalah pengujian psikometri lengkap versi pra-final instrumen berbahasa Indonesia pada NGRNs.

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini berdasarkan pertanyaan dan tujuan penelitian dinyatakan sebagai berikut:

1. Instrumen *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* yang ditranslasi dan adaptasi valid.
2. Instrumen *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* yang ditranslasi dan adaptasi reliabel.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Dalam memastikan proses terjemahan, adaptasi, dan tes psikometri yang jelas dari *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* untuk dapat digunakan pada NGRNs dalam budaya dan bahasa lain, termasuk Indonesia maka perlu perencanaan dan pendekatan metodologis yang mapan (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Beberapa sumber yang dapat digunakan untuk melakukan tahapan translasi dan adaptasi instrumen, tiga diantaranya yaitu Sousa & Rojjanasrirat (2011), Assaqaf (2016) dan WHO (2020). Translasi, adaptasi serta pengujian psikometri penelitian ini mengikuti prosedur dan tahapan yang dijelaskan oleh Sousa & Rojjanasrirat (2011) yang juga telah diikuti sebelumnya oleh Hariati et al. (2020). Penelitian ini dilakukan dengan enam tahapan pada instrumen *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* dari Li et al. (2012) agar dapat digunakan dalam populasi NGRNs di Indonesia. Uji psikometri menggunakan desain *cross-sectional*. Pilot tes Analisis menggunakan program SPSS versi 15.0

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di rumah sakit dan puskesmas yang ada di Indonesia.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dimulai setelah persetujuan judul penelitian bulan Februari 2020, dilanjutkan dengan penelusuran literatur sampai pada tahap seminar proposal. Proses penelitian dan pengumpulan data akan dilakukan pada 26 Oktober 2020 sampai 14 Februari 2021.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah kelompok orang tertentu yang menjadi fokus penelitian (Grove et al., 2013). Populasi pada tahap translasi dan adaptasi adalah penerjemah dan para ahli profesional kesehatan dan keperawatan, sedangkan

populasi dalam *pilot study* dan uji psikometri adalah semua *new graduate registered nurses* dengan masa kerja minimal 6 bulan dan maksimal 3 tahun di rumah sakit atau puskesmas yang ada di Indonesia. Pemilihan masa kerja dalam penelitian ini berangkat dari penelitian sebelumnya bahwa periode pasca kelulusan hingga bulan keenam masa kerja adalah masa kritis bagi NGRNs untuk memperkuat kompetensi klinis yang dimiliki (Ching-Yu et al., 2014). Lulusan baru harus cepat menyesuaikan diri dengan peran dan tanggung jawab baru (Ming-Chen & Yu, 2009). Dilaporkan juga bahwa pada awal karir NGRNs hingga tahun ketiga kehidupan kerja merupakan pengembangan kompetensi sederhana di antara NGRN (Numminen et al., 2017). Sehubungan dengan masa transisi ini, diharapkan berbagai pihak khususnya rumah sakit untuk dapat menyediakan lingkungan yang mendukung kebutuhan perawat lulusan baru selama periode ini (Ching-Yu et al., 2014). Maka, dari itu peneliti mengambil keputusan untuk masa kerja NGRNs yang akan dilibatkan dimulai dari masa kerja 6 bulan minimal sampai maksimal 3 tahun dengan harapan NGRNs yang dilibatkan sudah lepas dari fase syok mereka dan dapat menilai diri mereka dari aspek pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien dengan nyaman.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari keseluruhan populasi yang termasuk dalam penelitian (Rebar et al., 2011). Adapun sampel dalam penelitian ini baik tahap translasi dan adaptasi, *pilot study* dan uji psikometri harus memenuhi kriteria inklusi. Berdasarkan tahapan penelitian, maka sampel dalam penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Langkah pertama: *Forward translation*

Sampel dalam tahap *forward translation* sebanyak 2 penerjemah yang bahasa ibunya adalah bahasa target (bahasa Indonesia). Adapun kriteria inklusi penerjemah dalam tahap ini yaitu:

- 1) Kedua penerjemah dwibahasa dan bikultural dengan latar belakang berbeda:
 - a) Satu penerjemah harus memiliki pengetahuan tentang terminologi kesehatan dan keperawatan.

- b) Penerjemah lain tidak harus memiliki pengetahuan tentang termologi kesehatan dan keperawatan.
- 2) Bahasa ibu kedua penerjemah adalah bahasa Indonesia
- b. Langkah kedua: *Forward-translation review*

Pada tahap *forward-translation review*, penerjemah ketiga akan dilibatkan. Jika terdapat ambiguitas atau ketidaksesuaian akan digunakan pendekatan komite yang berjumlah 4 orang dengan kriteria sebagai berikut:

 - 1) Dua orang penerjemah pada langkah I
 - 2) Penerjemah ketiga:
 - a) Dwibahasa dan bikultural
 - b) Bahasa ibu adalah bahasa Indonesia
 - 3) Peneliti atau anggota tim peneliti
- c. Langkah ketiga: *Blind-back translation*

Sampel pada *blind-back translation* sejumlah 2 orang yang bahasa ibunya adalah bahasa Inggris. Kriteria penerjemah pada tahap ini yaitu:

 - 1) Kedua penerjemah dwibahasa dan bikultural dengan latar belakang berbeda:
 - a) Satu penerjemah harus memiliki pengetahuan tentang termologi kesehatan dan keperawatan.
 - b) Penerjemah lain tidak harus memiliki pengetahuan tentang termologi kesehatan dan keperawatan.
 - 2) Bahasa ibu kedua penerjemah adalah bahasa Inggris
 - 3) Kedua penerjemah tidak mengetahui sama sekali instrumen asli
- d. Langkah keempat: *Back-translation review*

Dengan menggunakan pendekatan komite, sampel pada *back-translation review* berjumlah 6 orang dengan kriteria sebagai berikut:

 - 1) Seorang ahli metodologi (peneliti atau anggota tim peneliti)
 - 2) Seorang profesional keperawatan
 - 3) Keempat penerjemah dwibahasa dan bikultural yang dilibatkan dalam langkah I dan langkah III
 - 4) Jika memungkinkan, pengembang asli instrumen dilibatkan

e. Langkah kelima: *Pilot testing versi pre-final*

Sampel pada *pilot testing* berjumlah 10 NGRNs dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- 1) Perawat lulusan baru yang baru bekerja dan memiliki Surat Tanda Registrasi (STR)
- 2) Bekerja di rumah sakit atau puskesmas dan kontak langsung dengan pasien
- 3) Masa kerja minimal 6 bulan dan maksimal 3 tahun
- 4) Perawat yang bersedia menjadi responden

Dalam tahap ini juga akan melibatkan 2 *expert* untuk menilai respon serta 6 *expert* untuk memeriksa instrumen lebih lanjut. Adapun kriteria inklusi panel *expert* sebagai berikut:

- 1) Memiliki pengetahuan tentang bidang keselamatan pasien
- 2) Perawat ahli yang bekerja di rumah sakit dan institusi kesehatan

f. Langkah keenam: *Full psychometric testing*

Ukuran sampel minimum dihitung dengan memiliki setidaknya 5 NGRNs untuk setiap item dalam instrumen, seperti yang direkomendasikan oleh Hariati et al. (2020), Gorsuch (2015) dan Hair Jr et al. (2019). Diketahui jumlah item dalam instrumen *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* berjumlah 29 sehingga ukuran sampel dalam pengujian psikometri berjumlah 145 NGRNs. Kriteria inklusi pada tahap ini sama dengan kriteria pada *pilot testing* yaitu:

- 1) Perawat lulusan baru yang baru bekerja dan memiliki STR
- 2) Bekerja di rumah sakit atau puskesmas dan kontak langsung dengan pasien
- 3) Masa kerja minimal 6 bulan dan maksimal 3 tahun
- 4) Perawat yang bersedia menjadi responden

D. Teknik Sampling

Strategi pengambilan sampel umumnya dikelompokkan dalam dua kategori yaitu *nonprobability sampling* (metode non acak) dan *probability sampling* (metode acak). Strategi *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini

menggunakan *nonprobability sampling* jenis *purposive sampling*. *Purposive sampling* yang biasa juga disebut *purposeful*, *judgmental*, atau *selective sampling* dipilih karena selain dapat digunakan dalam penelitian kualitatif juga dapat digunakan dalam penelitian kuantitatif (Grove et al., 2013). Pertimbangan kedua memilih teknik ini adalah karena relatif mudah pelaksanaannya dan dapat menggambarkan karakteristik sampel secara tepat untuk memastikan bahwa pembaca akan memiliki gambaran yang akurat tentang subjek dalam sampel (LoBiondo-Wood & Haber, 2014).

Untuk mendapatkan sampel yang tepat, peneliti menentukan kriteria inklusi dan eksklusi. Berikut kriteria inklusi pada penelitian ini sesuai tahapan, yaitu:

1. *Forward translation*

a. Kedua penerjemah dwibahasa dan bikultural dengan latar belakang berbeda:

- 1) Satu penerjemah harus memiliki pengetahuan tentang termologi kesehatan dan keperawatan.
- 2) Penerjemah lain tidak harus memiliki pengetahuan tentang termologi kesehatan dan keperawatan.

b. Bahasa ibu kedua penerjemah adalah bahasa Indonesia

2. *Forward-translation review*

a. Penerjemah ketiga:

- 1) Dwibahasa dan bikultural
- 2) Bahasa ibu adalah bahasa Indonesia

b. Dua orang penerjemah pada langkah I

c. Peneliti dan/atau anggota tim peneliti

3. *Blind-back translation*

a. Kedua penerjemah dwibahasa dan bikultural dengan latar belakang berbeda:

- 1) Satu penerjemah harus memiliki pengetahuan tentang termologi kesehatan dan keperawatan.
- 2) Penerjemah lain tidak harus memiliki pengetahuan tentang termologi kesehatan dan keperawatan.

- b. Bahasa ibu kedua penerjemah adalah bahasa Inggris
 - c. Kedua penerjemah tidak mengetahui sama sekali instrumen asli
4. *Back-translation review*
- a. Seorang ahli metodologi (peneliti atau anggota tim peneliti)
 - b. Seorang profesional keperawatan
 - c. Keempat penerjemah dwibahasa dan bikultural yang dilibatkan dalam langkah I dan langkah III
 - d. Jika memungkinkan, pengembang asli instrumen dilibatkan
5. *Pilot testing versi pre-final*
- a. Sampel *pilot testing*
 - a. Perawat lulusan baru yang baru bekerja dan memiliki STR
 - b. Bekerja di rumah sakit atau puskesmas dan kontak langsung dengan pasien
 - c. Masa kerja minimal 6 bulan dan maksimal 3 tahun
 - d. Perawat yang bersedia menjadi responden
 - b. Panel *expert*
 - 1) Memiliki pengetahuan tentang bidang keselamatan pasien
 - 2) Perawat ahli yang bekerja di rumah sakit dan institusi kesehatan
6. *Full psychometric testing*
- a. Perawat lulusan baru yang baru bekerja dan memiliki STR
 - b. Bekerja di rumah sakit atau puskesmas dan kontak langsung dengan pasien
 - c. Masa kerja minimal 6 bulan dan maksimal 3 tahun
 - d. Perawat yang bersedia menjadi responden

E. Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data

1. Instrumen

Instrumen yang akan ditranslasi dan diadopsi adalah *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* dari Li et al. (2012). Instrumen ini adalah salah satu dari dua instrumen yang digunakan pertama kali oleh M. Murray et al. (2019b) pada NGRNs dalam menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien. *Medical students questionnaire of knowledge, skills,*

and attitudes regarding patient safety terdiri dari 2 item data demografis dan 29 item pertanyaan, instrumen ini dikelompokkan menjadi 6 kelompok. Isi pertanyaan kelompok 1 adalah karakteristik demografis (2 item), kelompok 2 adalah pengetahuan tentang kesalahan medis (7 item), kelompok 3 adalah apa yang harus saya lakukan ketika terjadi kesalahan medis (6 item), kelompok 4 adalah perasaan tentang membuat kesalahan (4 item), kelompok 5 adalah sikap pribadi terhadap keselamatan pasien (8 item), dan kelompok 6 adalah niat perawat tentang keselamatan pasien (4 item). Semua pertanyaan pada kedua instrumen menggunakan *5-Likert scale*.

Meskipun instrumen awalnya dikembangkan untuk digunakan dalam konteks kedokteran, namun M. Murray et al. (2019b) telah mengadopsi instrumen yang sama untuk pertama kali di Australia dalam menilai pengetahuan dan sikap perawat lulusan baru tentang *medical error* dan *patient safety* dengan Cronbach alpha antara 0,71 dan 0,89, menunjukkan korelasi yang dapat diterima dari item dalam masing-masing kelompok pertanyaan.

2. Metode dan prosedur pengumpulan data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini secara umum dibagi menjadi tiga tahapan diantaranya:

a. Tahap persiapan

- 1) Melakukan pengurusan etik ke Komite Etik Universitas Hasanuddin Makassar dan Politeknik Kesehatan Makasar.
- 2) Mengurus izin penelitian.
- 3) Mengidentifikasi penerjemah, ahli metodologi dan pakar tenaga kesehatan atau perawat pendukung yang akan dilibatkan sebagai *expert*.
- 4) Mengidentifikasi responden yang akan dilibatkan dalam *pilot testing* dan pengujian psikometri.

b. Tahap pelaksanaan

Setelah mendapatkan izin penelitian kemudian dilanjutkan pada tahap pelaksanaan. Tahap pelaksanaan terdiri dari:

1) Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan penelitian dan meminta kesediaan untuk diterima melakukan penelitian.

2) Langkah pertama: *Forward translation*

Dalam tahap ini, instrumen dalam bahasa asli (bahasa Inggris) akan diterjemahkan secara independen oleh dua penerjemah yang memiliki bahasa ibu adalah bahasa target (bahasa Indonesia). Penerjemah diharuskan dwibahasa dan sebaiknya bikultural serta memiliki sertifikat sebagai penerjemah. Kedua penerjemah harus memiliki latar belakang berbeda yaitu penerjemah pertama harus memiliki pengetahuan tentang terminologi perawatan kesehatan dan area konten dari instrumen dalam bahasa target yang diinginkan. Sedangkan penerjemah kedua harus terbiasa dengan frasa sehari-hari, bahasa gaul dan jargon perawatan kesehatan, ekspresi, dan istilah emosional yang umum digunakan dalam bahasa Indonesia yang diinginkan. Penerjemah kedua tidak harus memiliki pengetahuan tentang terminologi medis dan/atau konstruksi instrumen. Pada tahap ini akan menghasilkan dua versi terjemahan yang mengandung kata-kata dan kalimat yang mencakup bahasa medis dan bahasa lisan biasa dengan nuansa budayanya.

3) Langkah kedua: *Forward-translation review*

Kedua instrumen yang dihasilkan dari *forward-translation* dan instrumen versi asli akan dibandingkan dengan penerjemah dwibahasa ketiga yang sebaiknya bikultural. Setiap ambiguitas dan ketidaksesuaian akan didiskusikan dan diselesaikan dengan menggunakan pendekatan komite. Dengan partisipasi dari penerjemah ketiga, dua penerjemah dari Langkah I, peneliti dan/atau anggota tim peneliti lainnya, konsensus harus dicapai. Proses ini akan menghasilkan versi terjemahan awal dari instrumen (*preliminary initial translated version*) dalam bahasa Indonesia.

4) Langkah ketiga: *Blind-back translation*

Versi terjemahan awal dari instrumen dalam bahasa Indonesia akan diterjemahkan kembali ke dalam bahasa sumber (bahasa Inggris) oleh dua penerjemah independen lainnya dengan kualifikasi dan karakteristik yang sama pada Langkah 1. Penerjemah pertama harus memiliki pengetahuan tentang terminologi perawatan kesehatan dan area konten dari konstruk instrumen dalam bahasa Inggris, tetapi tidak ada pengetahuan sebelumnya tentang instrumen yang diterjemahkan kembali. Penerjemah kedua harus terbiasa dengan frasa sehari-hari, bahasa gaul dan jargon perawatan kesehatan, ekspresi idiomatik, dan istilah emosional yang sama di dalam bahasa Inggris. Penerjemah kedua tidak boleh memiliki pengetahuan tentang terminologi medis dan/atau konstruksi dari instrumen dan tidak memiliki pengetahuan sebelumnya tentang instrumen yang akan diterjemahkan kembali. Untuk langkah ini, bahasa ibu kedua penerjemah harus bahasa Inggris dan harus benar-benar buta tentang versi asli instrumen (belum pernah melihat versi asli instrumen). Kedua penerjemah akan menghasilkan dua versi instrumen yang diterjemahkan kembali.

5) Langkah keempat: *Back-translation review*

Item instrumen yang dihasilkan dalam dua terjemahan balik (langkah III) dibandingkan oleh komite multidisiplin dengan item dari instrumen asli dalam bahasa Inggris mengenai format, kata-kata, dan struktur tata bahasa kalimat, kesamaan makna, dan relevansi. Dengan menggunakan pendekatan komite, sangat disarankan untuk menyertakan satu ahli metodologi (boleh dari peneliti dan/atau anggota tim peneliti), satu profesional perawatan kesehatan yang akrab dengan bidang isi dari konstruksi instrumen, dan keempat penerjemah dwibahasa dan bikultural yang terlibat dalam Langkah I dan Langkah III. Selain itu, disarankan juga agar pengembang instrumen asli berpartisipasi dan memberikan

wawasan tentang konstruksi instrumen dan mengklarifikasi pertanyaan yang mungkin muncul.

Jika ketidaksesuaian tidak dapat diselesaikan, perlu dilakukan pengulangan yang dikenal dengan *repetition approach* dengan melibatkan penerjemah independen lainnya pada langkah I sampai langkah IV mengikuti prosedur yang sama yang dijelaskan sebelumnya. Dengan catatan, hanya item yang tidak memiliki arti aslinya yang diterjemahkan ulang dan diterjemahkan kembali. Proses ini akan diulangi sampai tidak ada ambiguitas atau tidak ditemukan perbedaan. Pendekatan metodologis dari Langkah IV ini akan menghasilkan instrumen versi pre-final dalam bahasa Indonesia (*pre-final version*). Peran komite adalah untuk mengevaluasi, merevisi dan mengkonsolidasikan instruksi, item dan format respon dari instrumen yang diterjemahkan kembali yang memiliki kesetaraan konseptual, semantik dan konten dan untuk mengembangkan instrumen versi pre-final untuk pengujian pilot dan psikometri.

6) Langkah kelima: *Pilot testing*

Dengan menggunakan instrumen versi pre-final, *pilot testing* akan dilakukan untuk mengevaluasi kejelasan instruksi, tanggapan, dan 29 item di antara peserta yang bahasanya adalah bahasa Indonesia. Peserta yaitu NGRNs yang memenuhi kriteria inklusi akan dilibatkan dalam tahap ini. Untuk lebih menentukan konseptual dan kesetaraan konten item versi pre-final instrumen, dalam tahap ini akan digunakan panel *expert*.

7) Langkah keenam: *Full psychometric testing*

Full psychometric testing merupakan langkah terakhir akan digunakan untuk menetapkan properti psikometrik awal penuh dari instrumen yang baru diterjemahkan, diadaptasi dan divalidasi silang dengan sampel populasi target. Selain itu, langkah ini bertujuan untuk merevisi dan menyempurnakan item versi pre-final instrumen yang diperlukan untuk mendapatkan versi final akhir

secara psikometri yang terdiri dari perkiraan reliabilitas, homogenitas, dan validitas yang memadai dan dengan struktur faktor yang stabil.

c. Tahap akhir

Tahap akhir adalah bagian terakhir dari pengumpulan data yang kemudian akan dilakukan analisis data, interpretasi hasil, serta membuat kesimpulan.

F. Analisis Data

Analisis data menggunakan *The Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versi 15.0.

1. Translasi, adaptasi dan uji psikometri

Translasi, adaptasi dan uji psikometri instrumen *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* versi Indonesia melalui rekomendasi Sousa & Rojjanasrirat (2011), WHO (2020) dan Assaqaf (2016) yang terdiri dari tahapan berikut:

a. *Forward translation*

Instrumen dalam bahasa asli akan diterjemahkan secara independen oleh dua penerjemah dwibahasa dan bikultural yang memiliki bahasa ibu adalah bahasa Indonesia.

b. *Forward-translation review*

Instrumen yang dihasilkan dari *forward-translation* dan instrumen versi asli akan dibandingkan dengan penerjemah independen ketiga. Untuk menyelesaikan ambiguitas atau ketidaksesuaian diselesaikan menggunakan pendekatan komite. Pada proses ini akan menghasilkan instrumen *preliminary initial translated version* dalam bahasa Indonesia.

c. *Blind-back translation*

Preliminary initial translated version dalam bahasa Indonesia akan diterjemahkan kembali oleh dua penerjemah independen lain yang sama sekali tidak mengetahui instrumen asli. Penerjemah dalam proses ini memiliki kualifikasi dan karakteristik yang sama pada *forward translation* namun bahasa ibu kedua penerjemah harus bahasa Inggris

serta harus benar-benar buta tentang versi asli instrumen (belum pernah melihat versi asli instrumen). Pada proses ini kedua penerjemah akan menghasilkan dua versi instrumen yang diterjemahkan kembali ke bahasa sumber (bahasa Inggris).

d. *Back-translation review*

Instrumen yang dihasilkan dari tahap *blind-back translation*, akan direview dengan instrumen asli (bahasa Inggris) dan instrumen yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia oleh komite multidisiplin mengenai format, kata-kata, dan struktur tata bahasa kalimat, kesamaan makna, dan relevansi. Pengembang asli instrumen akan dilibatkan jika memungkinkan. Jika ketidaksesuaian tidak dapat diselesaikan, akan dilakukan *repetition approach* dengan melibatkan penerjemah independen lainnya pada langkah I sampai langkah IV mengikuti prosedur yang sama yang dijelaskan sebelumnya. Dengan catatan, hanya item yang tidak memiliki arti aslinya yang diterjemahkan ulang dan diterjemahkan kembali. Tahap ini akan menghasilkan *pre-final version* dalam bahasa Indonesia.

e. *Pilot testing*

Pilot testing bertujuan untuk mengevaluasi kejelasan instruksi, tanggapan, dan 29 item di antara peserta (NGRNs) yang bahasanya adalah bahasa Indonesia menggunakan instrumen versi pre-final. Setiap NGRNs diminta untuk menilai instruksi dan item skala menggunakan skala dikotomis (jelas atau tidak jelas). Peserta yang menilai instruksi, format respons, atau item apa pun dari instrumen tidak jelas diminta untuk memberikan saran tentang cara menulis ulang pernyataan agar bahasanya lebih jelas.

Instruksi, format respons dan item instrumen yang ditemukan tidak jelas oleh setidaknya 20% dari anggota komite harus direvisi dan dievaluasi kembali (kesepakatan antar penilai minimum di antara panel ahli adalah 80%). Panel *expert* akan diminta untuk mengevaluasi setiap item dari instrumen untuk kesetaraan konten (*content-related validity/relevansi*) menggunakan skala: 1 = tidak relevan; 2 = tidak dapat

menilai relevansi; 3 = relevan tetapi membutuhkan sedikit perubahan; 4 = sangat relevan dan ringkas. Item yang diklasifikasikan sebagai 1 atau 2 harus direvisi. *Content validity index* pada tingkat item (I-CVI) dan pada tingkat skala (S-CVI) harus dihitung, sebaiknya metode penghitungan rata-rata (S-CVA/Ave). Dengan menggunakan 6 *expert* pakar, indeks minimum yang dapat diterima untuk I-CVI adalah 0,78 atau lebih dan S-CVA/Ave adalah 0,90 atau lebih. Item-item yang tidak mencapai indeks minimum yang dapat diterima direvisi dan dievaluasi kembali. Proses akan dilanjutkan sampai indeks validitas terkait konten atau kesetaraan konten yang dapat diterima tercapai. Untuk meningkatkan kepercayaan dalam validitas isi instrumen, koefisien Kappa 0,60 merupakan koefisien minimum yang dapat diterima. Tujuan dari Langkah V adalah untuk terus mengembangkan versi pre-final untuk uji psikometri penuh.

f. *Full psychometric testing*

Langkah terakhir adalah pengujian psikometri penuh yang akan digunakan untuk menetapkan properti psikometrik awal penuh dari instrumen yang baru diterjemahkan, diadaptasi dan divalidasi silang dengan sampel populasi target. Dengan menggunakan jumlah minimum sampel yang direkomendasikan oleh Gorsuch (2015) dan Hair Jr et al. (2019) untuk meningkatkan kualitas psikometrik, maka sebanyak 145 NGRNs yang ada di rumah sakit atau puskesmas seluruh Indonesia akan dilibatkan dalam uji ini. Analisis daya menurut MacCallum, R. C., Browne, M. W. & Sugawara, H. M. (1996) dan MacCallum, R. C., Browne, M. W. & Cai, L. (2006) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011) dinilai berdasarkan jumlah derajat kebebasan (*degrees of freedom*), tingkat alfa (0,05 atau 0,01), dan daya yang diinginkan (80% atau lebih) juga dapat dihitung.

Pendekatan psikometri yang akan digunakan pada langkah ini adalah perkiraan dari: (1) *internal consistency reliability*; (2) *stability reliability*; (3) *homogeneity*; (4) *construct-related validity*; (5) *criterion-related validity*; (6) struktur faktor instrumen; dan (7) model fit. Selain

itu, untuk menggambarkan banyak pendekatan statistik yang dapat digunakan pada tahap ini, pendekatan statistik yang paling umum adalah analisis skala dan item, *Pearson's correlation analysis*, *exploratory factor analysis*, dan *confirmatory factor analysis*.

2. Pengolahan data

Pengolahan data bertujuan untuk mengartikan data-data lapangan yang dihasilkan dengan benar dan sesuai dengan tujuan penelitian. Pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

a. *Editing*

Editing data dilakukan dengan menata dan menyusun semua lembar jawaban berdasarkan urutan yang telah ditentukan, kemudian memeriksa kembali hasil jawaban responden satu-persatu dan memastikan bahwa jawaban atau pertimbangan yang diberikan sesuai dengan perintah dan petunjuk pelaksanaan.

b. *Coding*

Coding dilakukan dengan tujuan untuk memudahkan proses pengolahan data. Pengkodean dilakukan dengan memberikan tanda atau kode berupa angka terhadap jawaban dan keputusan dari skala yang telah ditetapkan kemudian dikonversi kedalam bentuk yang lebih ringkas berupa angka-angka sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

c. *Processing*

Processing yaitu pengolahan data dalam penelitian ini yang dimulai dengan *tabulating score* atau melakukan entri data kasar dalam bentuk tabulasi pada lembar kertas data. Tujuannya adalah memastikan kesiapan data sebelum di entri ke dalam program SPSS.

d. *Cleaning data*

Dalam *finishing entry*, setelah data dimasukkan di program SPSS, dilakukan pengecekan kembali data untuk mengevaluasi apakah masih ada kesalahan atau tidak. Hal ini biasanya terlihat pada *missing* data atau data yang terlewat, variasi data (kesalahan pengetikan), konsistensi data dengan *tabulating score*.

G. Etika Penelitian

1. Prinsip dasar etika penelitian

Dalam melakukan sebuah penelitian, hal yang tidak kalah penting yang harus diperhatikan oleh peneliti adalah prinsip etik penelitian itu sendiri. Berikut prinsip-prinsip etik menurut Rachmawaty (2017):

- a. Mempertimbangkan prinsip dan manfaat
- b. Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for human dignity*)

Penelitian dilaksanakan dengan menghormati harkat dan martabat responden sebagai subjek penelitian yang mempunyai kebebasan untuk menentukan pilihan terlibat atau tidaknya dalam penelitian. Hal ini ditunjang dengan penjelasan dari peneliti tentang tujuan, prosedur serta hak-hak responden selama penelitian dan kemudian responden memberikan tanda tangan pada lembar persetujuan (*informed consent*) secara sukarela tanpa paksaan.

- c. Menghormati privasi dan kerahasiaan (*respect for privacy and confidentiality*)

Setiap responden memiliki privasi dan hak asasi untuk dijaga kerahasiaannya. Dalam pelaksanaan penelitian, peneliti diharapkan tidak menampilkan informasi mengenai identitas responden dan dapat menggunakan inisial atau kode tertentu sebagai pengganti identitas.

- d. Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice inclusiveness*)

Secara professional penelitian dilakukan secara adil, jujur, tepat, cermat dan hati-hati. Prinsip keadilan dimaksudkan bahwa responden harus diberlakukan secara adil dan diberikan hak yang sama tanpa diskriminasi.

- e. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*)

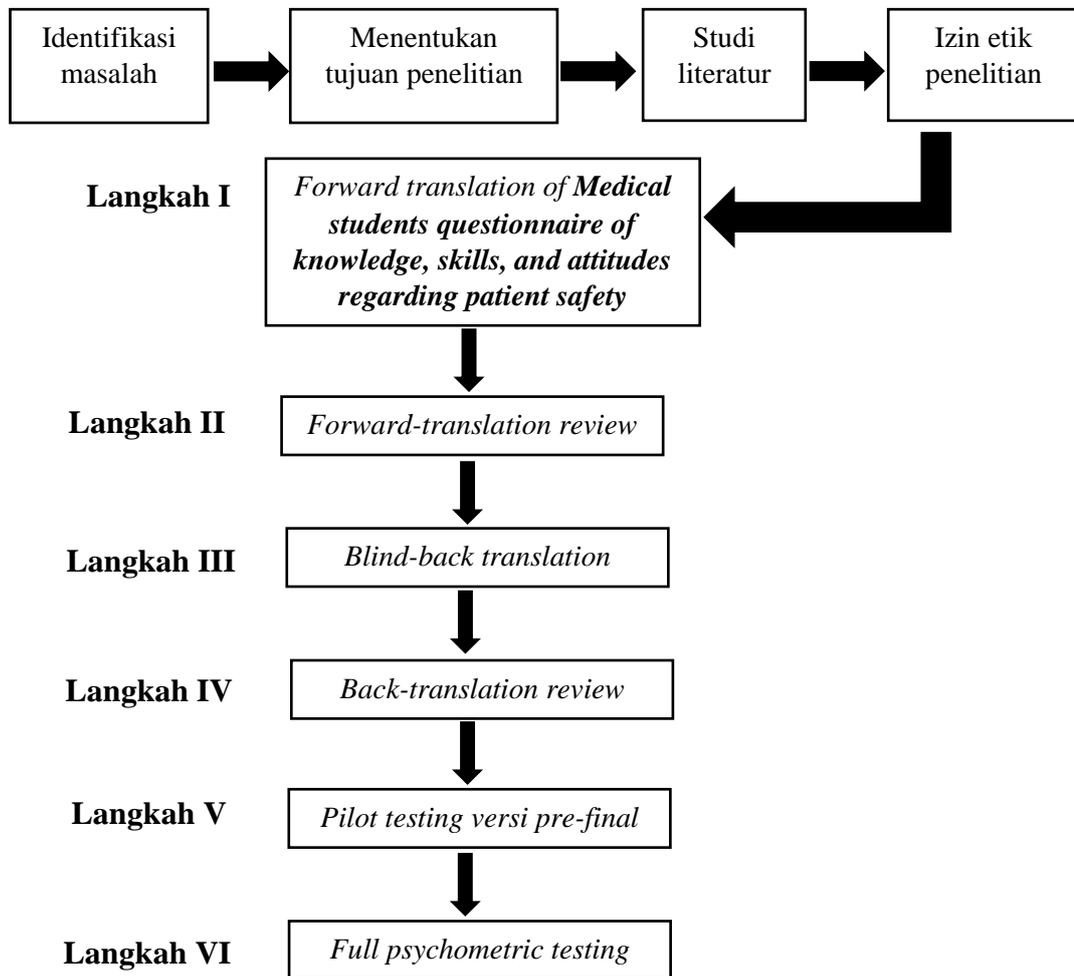
Penelitian diharapkan meminimalkan dampak yang merugikan responden serta menghindarkan dari rasa tidak nyaman. Hal ini

diaplikasikan dengan memberikan penjelasan tentang manfaat dan resiko dari penelitian yang dilakukan.

2. Prosedur etik sebelum penelitian

Sebelum melakukan penelitian, ada beberapa prosedur etik yang dilakukan oleh peneliti. Terlebih dahulu peneliti mengajukan prosedur penelitian ke Komite Etik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Makassar. Setelah mendapatkan surat keterangan lulus dari komisi etik, langkah selanjutnya yaitu pengambilan surat izin penelitian dan diserahkan ke Badan Koordinasi Penanaman Modal Terpadu (BKPM) dan/atau Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (KESBANG) Kota Makassar. Setelah mendapatkan disposisi dari BKPM dan/atau KESBANG Kota Makassar, karena penelitian akan dilakukan secara online (dalam jaringan) selanjutnya dicantumkan nomor izin etik dan izin penelitian dalam *google formulir* kuesioner untuk dilakukan *pilot testing* dan uji psikometri. Selain nomor izin etik dan izin penelitian, peneliti juga menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta sifat penelitian pada slide awal *google formulir* kuesioner.

H. Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bagian ini akan membahas hasil penelitian yang dilakukan dalam masing-masing tahapan yaitu tahap translasi (*forward translation, forward-translation review, blind-back translation, back-translation review*), *pilot testing*, dan *psychometric testing* dari instrumen *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety*. Penelitian ini telah mendapatkan rekomendasi etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar dengan nomor: 00750/KEPK-PTKMKS/ XI /2020 dan juga mendapatkan ijin penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Bidang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dengan nomor: 7564/S.01/PTSP/2020.

A. Data demografi

Selain melibatkan NGRNs dengan masa kerja minimal 6 bulan dan maksimal 3 tahun, ada lima *expert* bahasa, sembilan orang profesional kesehatan, serta seorang ahli metodologi. Pemilik asli instrumen tidak dilibatkan namun peneliti telah meminta ijin untuk melakukan translasi dan adaptasi *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* untuk dapat digunakan pada NGRNs. Berikut rincian data demografi *expert* dan partisipan pada masing-masing tahapan penelitian:

1. Forward translation

Pada tahap pertama, dua *expert* dwibahasa yang memenuhi kriteria penerjemah dilibatkan. Adapun kriteria yang dimaksud yaitu:

- a. Memiliki kemampuan dwibahasa (bahasa Indonesia dan bahasa Inggris)
- b. Bahasa ibu penerjemah adalah bahasa target (bahasa Indonesia)
- c. Salah satu penerjemah harus memiliki pengetahuan tentang termologi kesehatan dan keperawatan, sedangkan penerjemah lain tidak harus memiliki pengetahuan tentang termologi kesehatan dan keperawatan.

Kedua penerjemah yang dilibatkan yang pertama adalah seorang perawat manager ruang operasi, Rumah Sakit Umum Pendidikan (RSUP) Universitas Hasanuddin Makassar dan merupakan lulusan *Master of Health Policy and Administration* di *Elson S. Floyd College of Medicine, Washington State University*. Penerjemah kedua adalah seorang penerjemah tersumpah & resmi berdasarkan SK Gubernur Jawa Timur Nomor: 188/256/KPTS/013/2004 dan merupakan anggota tetap Himpunan Penerjemah Indonesia (HPI) dengan nomor: HPI-01-11-0390. Beliau lulusan Fakultas Sastra Universitas Airlangga Negeri Surabaya, Jawa Timur (Sarjana Sastra Inggris).

2. *Forward-translation review*

Selain kedua penerjemah pada langkah pertama, seorang penerjemah independen ketiga yang memenuhi kriteria yang sama dengan tahap *forward translation* dilibatkan pada tahap ini. Penerjemah ketiga tersebut adalah lulusan *S2 Clinical Rehabilitation, Flinders University, Australia* dan bekerja sebagai dosen Program Studi Fisioterapi, Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

3. *Blind-back translation*

Pada *blind-back translation*, dua *expert dwibahasa* dilibatkan dengan kriteria:

- a. Memiliki kemampuan dwibahasa (bahasa Inggris dan bahasa Indonesia)
- b. Bahasa ibu penerjemah adalah bahasa asal instrumen (bahasa Inggris)
- c. Tidak mengetahui sama sekali instrumen asli
- d. Salah satu penerjemah harus memiliki pengetahuan tentang terminologi kesehatan dan keperawatan, sedangkan penerjemah lain tidak harus memiliki pengetahuan tentang terminologi kesehatan dan keperawatan.

Penerjemah yang pertama dilibatkan yaitu penerjemah profesional independen yang berkebangsaan Malaysia dan merupakan anggota seumur hidup pada *Malaysian Translators' Association*. Pendidikan terakhir beliau adalah Diploma di *Executive Secretary Stamford Ladies' College, Kuala Lumpur* dan salah satu bidang keahliannya adalah *Medical: Health Care*. Penerjemah kedua adalah penerjemah dwibahasa bebas tidak tersumpah

yang kurang lebih sudah menetap di Indonesia selama lima tahun. Bahasa ibu penerjemah kedua adalah bahasa Inggris. Latar belakang pendidikan dan bidang keahliannya adalah non kesehatan atau keperawatan.

4. *Back-translation review*

Pada tahap *back-translation review* menggunakan pendekatan komite multidisiplin terdiri dari keempat penerjemah pada tahap *forward translation* dan tahap *blind-back translation* serta dua ahli metodologi yang juga merupakan anggota peneliti. Dua ahli metodologi yang dilibatkan adalah lulusan S3 *Kanazawa University* dan *University of Virginia*, kedua ahli ini adalah profesional kesehatan, peneliti dan juga dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Selain itu, dalam review ini dilibatkan pula seorang profesional kesehatan yang juga seorang peneliti lulusan S3 *Kanazawa University*. Beliau bekerja sebagai dosen tetap berpangkat Lektor pada Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

5. *Pilot testing*

Pada uji pilot, 10 NGRNs yang menjadi partisipan berasal dari tiga rumah sakit diantaranya berasal dari dua rumah sakit umum dan dari rumah sakit khusus. Untuk meningkatkan struktur kalimat yang digunakan, peneliti dibantu oleh dua orang penilai dengan pendidikan terakhir kedua penilai adalah magister keperawatan. Kedua penilai bekerja di RSUP Universitas Hasanuddin Makassar dan di Poltekkes Kemenkes Jakarta I.

Selain itu, sebanyak 6 *expert* kesehatan dan keperawatan yang bekerja di institusi kesehatan dan di rumah sakit dilibatkan untuk memeriksa kejelasan instruksi dan tanggapan partisipan. Keenam panel ahli yang dilibatkan adalah magister keperawatan dimana empat berasal dari institusi kesehatan (Universitas Sembilanbelas November (UNS) Kolaka, Universitas Hasanuddin Makassar, STIKES Mandala Waluya Kendari, dan STIK Stella Maris Makassar) serta dua *expert* lainnya berasal dari rumah sakit (RSUP Universitas Hasanuddin Makassar dan RSUD Syekh Yusuf Gowa).

6. *Full psychometric testing*

Pengujian psikometrik penuh dilakukan dengan melibatkan NGRNs di seluruh Indonesia baik yang bekerja di rumah sakit maupun puskesmas sesuai dengan kriteria inklusi sebanyak 109 perawat (tingkat respon 75,2%). Kriteria inklusi yang digunakan adalah:

- a. Perawat lulusan baru yang baru bekerja dan memiliki STR
- b. Bekerja di rumah sakit atau puskesmas dan kontak langsung dengan pasien
- c. Masa kerja minimal 6 bulan dan maksimal 3 tahun
- d. Perawat yang bersedia menjadi partisipan

B. Proses Translasi dan Adaptasi

1. *Forward translation*

Tahap awal dalam proses translasi dan adaptasi *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* diawali dengan *forward translation*. Tahap ini dilakukan oleh dua orang *expert* bahasa yang fasih bahasa Inggris dan bahasa Indonesia pada tanggal 26 – 28 Oktober 2020.

2. *Forward-translation review*

Kedua instrumen hasil *forward translation* dan instrumen asli dibandingkan dengan instrumen asli dengan melibatkan seorang *expert* dwibahasa. *Forward-translation review* dilakukan pada tanggal 28 Oktober -7 November 2020. Pada tahap ini tidak ditemukan ambiguitas atau ketidaksesuaian antara kedua hasil terjemahan dengan instrumen asli sehingga dapat dikatakan konsensus tercapai.

3. *Blind-back translation*

Instrumen yang diterjemahkan kembali ke bahasa asli instrumen oleh *expert* dwibahasa yang sama sekali tidak mengetahui sebelumnya tentang instrumen asli disebut dengan *blind-back translation*. Langkah ketiga ini dilakukan pada tanggal 8 – 10 November 2020. Dua *expert* bahasa dengan latar belakang berbeda akan dilibatkan dalam tahap ini untuk mengevaluasi apakah instrumen versi awal terjemahan merefleksikan isi pernyataan dalam instrumen versi aslinya.

4. *Back-translation review*

Hasil terjemahan balik dari bahasa Indonesia ke bahasa asli instrumen (bahasa Inggris) *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* oleh dua *expert* bahasa pada langkah ketiga direkap kemudian dilakukan review serta adaptasi agar dapat digunakan dalam konteks keperawatan. Review dilakukan dengan menggunakan pendekatan komite dan melibatkan *expert* metodologi yang juga merupakan anggota peneliti, *expert* kesehatan, keempat *expert* bahasa pada langkah pertama dan ketiga serta peneliti. Pendekatan ini dilakukan untuk mengevaluasi, merevisi dan mengkonsolidasikan instruksi, item dan format respon dari instrumen yang diterjemahkan kembali yang memiliki kesetaraan konseptual, semantik dan konten dan untuk mengembangkan instrumen versi pre-final untuk pengujian pilot dan psikometri. Waktu pelaksanaan *back-translation review* yaitu tanggal 10 November – 11 Desember 2020. Berikut tabel proses *Back-translation review* instrumen:

Tabel 5.1 Tabel Proses *Back-Translation Review* Instrumen

Original Instrument	Forward Translation Review	Back Translation 1	Back Translation 2	Review Komite Expert	Pre Final Target Language (Konteks Keperawatan)
A. What is your level of knowledge regarding: 1. Different types of medical error? 2. Factors contributing to medical error? 3. Factors influencing patient safety? 4. Ways of speaking up about error? 5. What should happen if an error is made? 6. How to report an error? 7. Overview of mechanism for learning from error?	A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang: 1. Jenis-jenis kesalahan medis ? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara mengungkapkan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?	A. What is your level of knowledge about: 1. The types of medical errors? 2. The factors causing medical errors? 3. The factors that affect the safety of patients? 4. How to expose medical errors? 5. What to do if medical error happens? 6. How to report medical errors? 7. An overview of the learning mechanism from medical errors?	A. What is your knowledge level about: 1. Types of medical errors? 2. Factors causing medical errors? 3. Factors that affect patient safety? 4. How to disclose medical errors? 5. What you have to do when there is a medical error? 6. How to report medical errors? 7. General knowledge about mechanism how to learn from medical errors?	1. Ok 2. Ok 3. Ok 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Ok 6. Ok 7. ok	A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang: 1. Jenis-jenis kesalahan medis ? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?
B. Knowledge of actions to take 8. I would know what to say if I made an error 9. I would know who to talk to if I made an error.	B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis	B. Knowledge of action to be taken: 8. I know what to say if I have made a medical error. 9. I know who to talk to if I have made a medical error.	B. Knowledge about the action to be taken 8. I know what I have to say when I commit a medical error.	8. Ok 9. Ok 10. Ok 11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika	B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis

10. I would know what to do if someone in my healthcare team made an error.	9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis.	10. I know what to do if someone in my Healthcare team makes a medical error.	9. I know whom I have to talk to when I commit a medical error.	saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis	9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis.
11. I would know what to do if I witnessed someone more than me making an error.	10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis.	11. I know what to do if I witness someone other than me commits a medical error.	10. I know what has to be done when a member of my healthcare team commits a medical error.	12. Ok	10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis.
12. I would know what to do/say if a patient told me I had made an error.	11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan seseorang selain saya melakukan kesalahan medis.	12. I know what I should do/for example, if a patient tells me that I have made a medical error.	11. I know what has to be done when I witness another person committing a medical error.	13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang	11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis.
13. If I made an error, I would want to discuss it with someone.	12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.	13. If I have made a medical error, I would like to discuss the matter with someone.	12. I know what has to be done/said if a patient tells me I have committed a medical error.		12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.
	13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin membicarakannya dengan seseorang		13. If I commit a medical error, I want to discuss it with someone.		13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang.
C. Feelings about making errors	C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis	C. Feelings about committing medical errors	C. Feelings when you commit a medical error		C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis
14. Afraid	14. Takut	14. Afraid	14. Afraid	14 ok	14. Takut
15. Ashamed	15. Malu	15. Ashamed	15. Ashamed	15 ok	15. Malu
16. Guilty	16. Merasa bersalah	16. Feeling Guilty	16. Feeling guilty	16 ok	16. Merasa bersalah
17. Upset	17. Kecewa	17. Disappointed	17. Disappointed	17 Jengkel	17. Jengkel

D. Personal attitudes to patient safety	D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien	D. Personal attitude towards the safety of patients	D. Personal behaviour towards patient safety		D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien
18. It is impossible to provide safe, high-quality care while being efficient.	18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.	18. It is impossible to provide high-quality health service and secure while trying to be efficient.	18. It is impossible to provide high quality and safe service while trying to remain efficient.	18. Ok	18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.
19. If I keep learning from my mistakes, I can prevent incidents.	19. Jika saya terus belajar dari kesalahan yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.	19. If I continue to study on the medical errors that I have committed, I can prevent the patient-safety incidents.	19. If I continue learning from my medical errors, I can prevent patient safety incidents.	19. Ok 20. Ok 21. Ok (Melakukan kesalahan medis merupakan hal yang tidak bisa dihindari)	19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.
20. Acknowledging and dealing with my errors is an important part of my job.	20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.	20. Admitting and accepting the medical errors that I have committed is an important part of my duty.	20. Admitting and accepting my medical errors is an important part of my duty.	22. Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan praktik yang membahayakan pasien	20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.
21. Making errors in medicine is inevitable.	21. Melakukan kesalahan medis dalam kedokteran merupakan hal yang tidak bisa dihindari.	21. Committing medical errors in medicine is something that cannot be avoided.	21. Committing medical errors is something that cannot be avoided.	23. Ok	21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari.
22. Competent physicians do not make medical errors that lead to patient harm.	22. Dokter yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.	22. A competent doctor does not commit medical errors that may endanger the patients.	22. A competent doctor does not commit medical errors that put patients at risk.	24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.	22. Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.
23. After an error occurs, an effective way is to work harder to be more careful.	23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.	23. After a medical error has occurred, it is effective to try harder to be more careful.	23. After committing a medical error, one should try harder to be more careful.	25. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.	23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.
24. As a medical student, I feel I can speak up if I see error.	24. Sebagai mahasiswa kedokteran, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.		24. As a medical student, I feel I have to reveal a medical error if I have seen it.		24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.

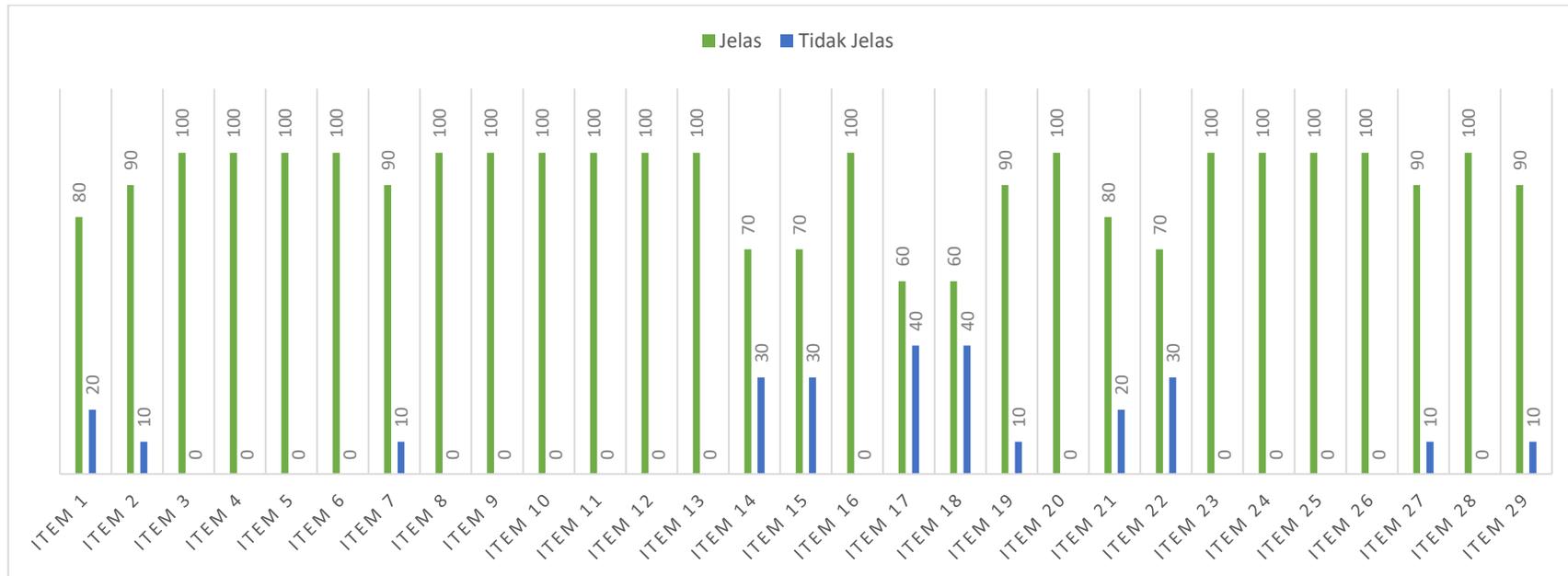
	25. Sebagai mahasiswa kedokteran , saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.	24. As a medical student, I felt I could disclose it if I see a medical error.	25. As a medical student, I must reveal a medical error if I have seen it.	25. Sebagai mahasiswa keperawatan , saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.
E. Your intentions regarding patient safety	E. Niat Anda tentang keselamatan pasien.	E. Your intention for Safety of the Patients.	E. Your intentions for patient safety	E. Niat Anda tentang keselamatan pasien.
26. I intend to clearly communicate my safety expectations to members of my healthcare team(s).	26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas ekspektasi saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.	26. I intend to clearly convey my expectations for safety of the patient to the members of my healthcare team.	26. I intend to clearly explain my expectations about patient safety to my healthcare team members.	26. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan
27. I will support any members of my healthcare team who are involved in an incident.	27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.	27. I will support any member of my healthcare team who is involved in a patient safety incident.	27. I will support any member of my healthcare team who is involved in patient safety incident.	27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.
28. I will intervene whenever I think a patient may be exposed to harm.	28. Saya akan ikut campur setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.	28. I will get involved whenever I feel a patient is in a potentially dangerous condition.	28. I would step in whenever I felt a patient was in potentially dangerous condition.	28. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.
29. I plan to make a point of learning from the mistakes of others	29. Saya berencana untuk membuat catatan pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.	29. I plan to keep a study record of the medical mistakes made by other people.	29. I plan to keep notes from other people's medical errors	29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain

C. Pilot Testing

Setelah melalui tahap translasi dan adaptasi untuk dapat digunakan dalam konteks keperawatan, selanjutnya instrumen versi pre final dalam bahasa Indonesia dilakukan uji coba pada 10 NGRNs yang berasal dari tiga rumah sakit. Uji coba dilakukan pada tanggal 12 - 30 Desember 2020.

Tabel 5.2 Data Demografi Partisipan dalam *Pilot Study*

Data Demografi															
JK		Umur (Tahun)			Pendidikan		RS tempat kerja			Unit Kerja			Masa kerja (Bulan)		
Lk	Pr	11-19	20-40	40-65	DIII	Ns	RSU Bahagia	RSUD Kota Baubau	Siloam Hospital Buton	Perawatan	ICU/ NICU	Isolasi suspek Covid	6-12	12-24	25-36
-	10	-	10	-	5	5	5	4	1	6	3	1	4	3	3
10		10			10		10			10			10		



Gambar 5.1 Analisis Tingkat Kejelasan Item Instrumen oleh Partisipan dalam *Pilot Study*

Berdasarkan hasil analisis uji pilot pada 10 NGRNs, ditemukan 5 item (item 14, 15, 17, 18, dan 22) yang dinilai jelas kurang dari 80% partisipan, yaitu:

1. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis:
 14. Takut
2. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis:
 15. Malu
3. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis:
 17. Jengkel
4. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien:
 18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien
5. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien:
 22. Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien

Kelima item tersebut kemudian dievaluasi dengan 2 cara, yang pertama meminta masing-masing partisipan yang menilai tidak jelas saran tentang bagaimana item ditulis ulang agar pernyataannya menjadi lebih jelas. Saran masing-masing peserta ditampilkan berikut pada Tabel 5.3. Langkah kedua evaluasi dilakukan dengan melibatkan 2 penilai *expert* untuk lebih mendukung konseptual, kesetaraan konten, dan lebih meningkatkan struktur kalimat yang digunakan dalam instruksi dan item instrumen pre final agar mudah dipahami oleh populasi target sebelum pengujian psikometri. Saran penilai *expert* dicantumkan pada Tabel 5.4.

Tabel 5.3 Saran Partisipan *Pilot Study*

No	Item/Pertanyaan	Res 1	Res 2	Res 3	Res 4	Res 5	Res 6	Res 9	Res 10
14	Perasaan tentang melakukan kesalahan medis: Takut		Kurang jelas				Perbaiki	Perbaiki	
15	Perasaan tentang melakukan kesalahan medis: Malu		Kurang jelas				Perbaiki	Perbaiki	
17	Perasaan tentang melakukan kesalahan medis: Jengkel		Kurang jelas				Perbaiki	Perbaiki	Kurang jelas apakah jengkel ke pasien atau jengkel pd diri sendiri yg melakukan insiden.
18	Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien: Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien	Pelayanan bermutu tidak akan didapatkan tanpa memberikan pelayanan yang efisien		Tidak mungkin memberikan pelayanan prima serta berusaha agar tetap efisien.	Pertanyaannya tdk mungkin sdgkan tergantung keadaan, jd akan agak membingungkan nanti	Jelas (tadinya kurang mengerti istilah efisien)			
22	Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien: Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien	Sebagai perawat yang kompeten seharusnya tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien	Kurang jelas	Kurang jelas redaksinya					

Tabel 5.4 Saran Penilai *Expert*

No	Item P-FTL	Penilai 1	Penilai 2
14	Perasaan tentang melakukan kesalahan medis: Takut	Takut	Takut
15	Perasaan tentang melakukan kesalahan medis: Malu	Malu	Malu
17	Perasaan tentang melakukan kesalahan medis: Jengkel	Jengkel	Kesal atau Gelisah
18	Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien: Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.	Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien.	Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.
22	Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien: Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.	Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.	Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.

Setelah dilakukan satu kali evaluasi pada kelima item tersebut, baik dari saran partisipan maupun dari penilai, akhirnya disepakati untuk kelima item tersebut dituliskan pada Tabel 5.5 dengan masing-masing item memenuhi nilai Jelas minimum yang disepakati yaitu $\leq 80\%$.

Tabel 5.5 Hasil Evaluasi Partisipan dan Penilai

No Item	Sebelum Evaluasi	Setelah Evaluasi	Nilai Analisis (%)
14	Perasaan tentang melakukan kesalahan medis: Takut	Takut	100
15	Perasaan tentang melakukan kesalahan medis: Malu	Malu	100
17	Perasaan tentang melakukan kesalahan medis: Jengkel	Jengkel	90
18	Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien: Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien	Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien.	90

22	Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien: Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.	Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.	90
----	--	--	----

Selain itu, untuk lebih menentukan konseptual dan kesetaraan konten item versi pre final, kami juga menggunakan pendekatan komite dengan melibatkan 6 panel ahli. Panel ahli mengevaluasi setiap item dari instrumen menggunakan skala dikotomi 1 = relevan dan 0 = tidak relevan. Indeks validitas konten pada tingkat item (I-CVI) dan pada tingkat skala (S-CVI) selanjutnya dihitung. S-CVI dihitung menggunakan metode penghitungan rata-rata (S-CVA/Ave). Indeks minimum yang dapat diterima I-CVI adalah 0,78 atau lebih dan S-CVA/Ave adalah 0,90 atau lebih menurut Lynn, M. R. (1986); Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (2005) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011). Dengan menggunakan persamaan dari Lynn (1986) dan Waltz & Bausell (1981), CVI dapat dihitung menggunakan rumus berikut:

$$CVI = \frac{Ne}{N}$$

Ket: CVI = *Content Validity Index*

Ne = jumlah *expert* yang menilai relevan

N = total *expert*

Berikut hasil evaluasi komite *expert* untuk kesetaraan konten, nilai I-CVI dan S-CVI/Ave.

Tabel 5.6 Hasil Evaluasi Komite *Expert* dan Nilai *Item Content Validity Index*

	Item																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Ne	6	6	6	4	6	5	4	5	5	5	5	5	5	6	4	5	4	4	6	6	4	6	6	5	6	6	3	5	6
CVI	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,83	0,67	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	1,00	0,67	1,00	0,67	0,67	1,00	1,00	0,67	1,00	1,00	0,83	1,00	1,00	0,50	0,83	1,00
S-CVI	= Total CVI/29 = 0,86																												

Ket: CVI = *Content Validity Index*

Ne = jumlah *expert* yang menilai relevan

S-CVI = *Scale-Content Validity Index* = rata-rata nilai CVI

Berdasarkan hasil evaluasi *expert* pada Tabel 5.6, ditemukan 7 item yang nilai CVI dibawah 0,78 yaitu item nomor 4, 7, 15, 17, 18, 21, dan 27 serta nilai S-CVI dibawah 0,90. Sehingga dilakukan direvisi dan dievaluasi kembali terhadap 7 item yang tidak mencapai index minimum tersebut. Setelah dilakukan satu kali evaluasi dengan melibatkan komite *expert* yang sama, berikut pada Tabel 5.7 ditampilkan hasil evaluasi, nilai CVI serta S-CVI yang baru dihitung.

Tabel 5.7 Hasil Revisi dan Evaluasi Kedua Komite *Expert*

Kelompok	Item	Ne	CVI	S-CVI	Ket
A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang	4. Cara menyampaikan kesalahan medis?	5	0.83	0,93	Valid
	7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?	6	1.00		Valid
C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis	15. Malu	5	0.83	0,93	Valid
	17. Jengkel	5	0.83		Valid
D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien	18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.	6	1.00	0,93	Valid
	21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari	6	1.00		Valid
E. Niat Anda tentang keselamatan pasien	27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien	5	0.83	0,93	Valid

Ket: CVI = *Content Validity Index*

Ne = jumlah *expert* yang menilai relevan

S-CVI = *Scale-Content Validity Index* = rata-rata nilai CVI

Pada Tabel 5.7, diketahui 29 item telah mencapai index minimum untuk kesetaraan konten item instrumen versi pra final dimana nilai I-CVI semua item > 0,78 dan S-CVI > 0.90. Sehingga, proses evaluasi dan revisi pada uji pilot dinyatakan selesai. Berikut instrumen versi pre final target berbahasa Indonesia yang akan digunakan pada pengujian psikometrik penuh:

Tabel 5.8 Instrumen Versi Pra Final untuk *Full Psychometric Testing*

Kel	Pertanyaan
A	<p>Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis-jenis kesalahan medis ? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana cara melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?
B	<p>Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis. 9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis. 10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis. 11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis. 12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis. 13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang.
C	<p>Perasaan tentang melakukan kesalahan medis</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Takut 15. Malu 16. Merasa bersalah 17. Jengkel
D	<p>Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien. 19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien. 20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya. 21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari. 22. Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien. 23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati. 24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis. 25. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.

E Niat Anda tentang keselamatan pasien

26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas harapan saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.
 27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.
 28. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.
 29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.
-

D. Full Psychometric Testing

Uji psikometrik penuh adalah tahapan terakhir yang dimulai dari tanggal 5 Januari sampai 14 Februari 2021. Sebanyak 109 NGRNs (tingkat respon 75,2%) yang memenuhi kriteria inklusi berpartisipasi dalam pengujian di tahap ini dan dinyatakan dapat diterima dengan standar minimal 70% (Fincham, 2008).

1. Distribusi karakteristik partisipan

Tabel 5.9 Distribusi Karakteristik Partisipan *Full Psychometric Testing*

Karakteristik Partisipan	Total	
	N=109	%
Jenis Kelamin:		
• Pria	44	40.4
• Wanita	65	59.6
Umur (Tahun):		
• 20-40 tahun	106	97.2
• 41-65 tahun	3	2.8
Pendidikan Terakhir:		
• Magister	3	2.8
• Ners	75	68.8
• Diploma III	31	28.4
Tempat Kerja:		
• Puskesmas	25	22.9
• Rumah Sakit	84	77.1
Masa Kerja:		
• 6-12 bulan	37	33.9
• 1-2 tahun	27	24.8
• 2-3 tahun	45	41.3
Kepemilikan STR:		
• Ya	109	100.0
• Tidak	0	0

2. Uji validitas

Pengujian validitas instrumen menggunakan *construct validity* dengan metode *Confirmatory Factor Analysis* (CFA).

Tabel 5.10 Nilai KMO dan *Bartlett's Test*

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,891
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	892,887
	df	10
	Sig.	,000

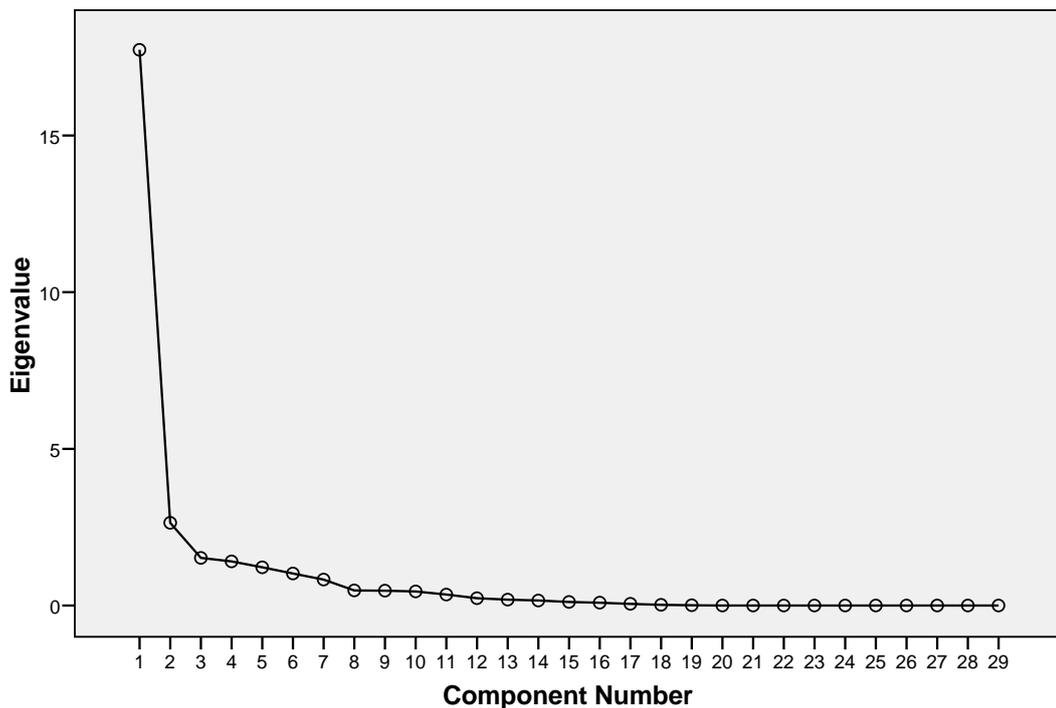
Hasil nilai Kaiser Meyer Olkin (KMO) (Tabel 5.10) adalah 0.891 (>0.6) yang menunjukkan kecukupan dari sampel yang digunakan dan memiliki signifikansi yang kuat dengan nilai *Bartlett's test of Sphericity* adalah 0.000 (< 0,05) (Kaiser, 1974). Hal tersebut berarti bahwa asumsi atau persyaratan dalam pengujian analisis faktor dalam penelitian ini terpenuhi dan dapat dilanjutkan.

Tabel 5.11 Hasil *Total Variance Explained*

Comp	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	17,735	61,156	61,156	17,735	61,156	61,156	7,938	27,373	27,373
2	2,640	9,102	70,258	2,640	9,102	70,258	7,138	24,615	51,989
3	1,520	5,243	75,501	1,520	5,243	75,501	3,996	13,779	65,767
4	1,408	4,855	80,355	1,408	4,855	80,355	2,590	8,930	74,697
5	1,219	4,203	84,558	1,219	4,203	84,558	2,177	7,506	82,203
6	1,022	3,524	88,082	1,022	3,524	88,082	1,705	5,879	88,082
7	,830	2,861	90,943						
8	,483	1,666	92,608						
9	,474	1,633	94,242						
10	,448	1,546	95,788						
11	,350	1,208	96,996						
12	,232	,801	97,797						
13	,188	,647	98,444						
14	,161	,554	98,999						
15	,115	,395	99,394						
16	,090	,311	99,705						
17	,054	,187	99,891						
18	,023	,081	99,972						
19	,008	,028	100,000						
20	1,18E-015	4,07E-015	100,000						

21	1,31E-016	4,52E-016	100,000
22	-1,62E-017	-5,57E-017	100,000
23	-1,12E-016	-3,87E-016	100,000
24	-1,66E-016	-5,72E-016	100,000
25	-2,11E-016	-7,27E-016	100,000
26	-2,30E-016	-7,92E-016	100,000
27	-2,80E-016	-9,67E-016	100,000
28	-3,43E-016	-1,18E-015	100,000
29	-4,14E-015	-1,43E-014	100,000

Berdasarkan Tabel 5.11, terdapat 6 faktor instrumen yang dikonfirmasi dengan nilai eigen lebih besar dari atau sama dengan 1,0. Kemudian pada bagian *Extraction Sums of Squared Loadings* menunjukkan jumlah variasi atau banyaknya faktor yang dapat terbentuk, yaitu ada 6 variasi faktor. Hal ini juga dapat dilihat pada bentuk *scree plot* pada gambar 5.2 sebagai berikut:



Gambar 5.2 *Scree Plot* yang Menggambarkan Pemuatan Faktor Instrumen

Pada gambar *Scree Plot* dapat dilihat ada 6 titik komponen yang memiliki nilai Eigenvalue >1 yang artinya ada 6 faktor yang dapat terbentuk. Hasil analisis faktor dari 29 item dalam instrumen *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety* yang mana menghasilkan 6 faktor digambarkan sebagai berikut:

Tabel 5.12 Hasil *Rotated Component Matrix* dan Nilai Pemuatan Faktornya

Item Pertanyaan	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
Faktor 1						
10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis.	,585					
11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis.	,877					
12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.	,644					
15. Malu						
16. Merasa bersalah	,877					
19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.	,585					
22. Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.	,877					
25. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.	,866					
27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.	,877					
29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.	,877					
Faktor 2						
8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis.		,839				
9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis		,630				
14. Takut		,839				

23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.	,839
24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.	,833
26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas harapan saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.	,837
28. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.	,839
Faktor 3	
4. Cara menyampaikan kesalahan medis?	,545
5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis?	,627
6. Bagaimana cara melaporkan kesalahan medis?	,741
7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?	,787
17. Jengkel	,577
20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.	,787
Faktor 4	
1. Jenis-jenis kesalahan medis ?	,897
2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis?	,881
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien?	,551
Faktor 5	
13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang.	,876
21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari	,824
Faktor 6	
18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien	,471

3. Uji reabilitas

a. *Homogeneity/Internal Consistency*

Pada *internal consistency* digunakan metode *Cronbach's alpha* untuk menguji instrumen apakah menghasilkan ukuran yang konsistensi diantara item-item pernyataan.

Tabel 5.13 Hasil Analisis *Internal Consistency*

Faktor dan Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Cronbach's Alpha tiap Faktor	Cronbach's Alpha Total
A. Keterampilan interpersonal dan pengambilan keputusan dalam kesalahan medis				
A10	0,838	0,973		
A11	0,888	0,972		
A12	0,761	0,973		
A15	0,888	0,972		
A16	0,838	0,973		
A19	0,838	0,973	0,984	
A23	0,888	0,972		
A25	0,883	0,972		
A27	0,888	0,972		
A29	0,888	0,972		
B. Sikap konatif (perilaku) jika terjadi kesalahan medis				
B8	0,894	0,972		
B9	0,831	0,973		
B14	0,894	0,972		
B23	0,894	0,972	0,990	
B24	0,882	0,972		0,974
B26	0,869	0,972		
B28	0,894	0,972		
C. Bagaimana keterampilan penyelesaian masalah (problem solving) yang Anda miliki				
C4	0,559	0,974		
C5	0,695	0,973		
C6	0,695	0,973		
C7	0,757	0,973	0,903	
C17	0,458	0,975		
C20	0,757	0,973		
D. Tingkat pengetahuan Anda tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien				
D1	0,299	0,976		
D2	0,307	0,975	0,762	
D3	0,356	0,975		

E. Sikap kognitif (keyakinan, kesadaran) dalam kesalahan medis			
E13	0,564	0,974	
E18	0,686	0,973	0,851
E21	0,593	0,974	

Tabel 5.13 menyajikan nilai *Cronbach's alpha* secara keseluruhan adalah 0,97 (> 0,70) yang menunjukkan bahwa instrumen yang telah melalui proses translasi dan adaptasi memiliki reliabilitas yang baik pada konsistensi internal (LoBiondo-Wood & Haber, 2014). Nilai *Cronbach's alpha* untuk kelompok A, B, C dan E diperoleh dengan rentang 0,851 sampai 0,990 (> 0,800) yang artinya sangat dapat diandalkan dan pada kelompok D dengan nilai 0,752 (>0,600) yang berarti memiliki keandalan yang tinggi. Kemudian pada kolom *Cronbach's Alpha if Item Deleted*, diketahui nilai *Cronbach's Alpha* untuk semua item instrumen adalah 0,972 sampai 0,976 (> 0,70) yang menunjukkan nilai konsistensi internal untuk 29 item instrumen adalah kuat serta konsisten.

BAB VI

DISKUSI

A. Diskusi Hasil

Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety dari Li et al. (2012) merupakan salah satu instrumen yang dapat digunakan khusus untuk mengumpulkan data pengetahuan, keterampilan, dan sikap tentang keselamatan pasien. Instrumen ini sudah digunakan secara luas di beberapa negara selama bertahun-tahun (Madigosky et al., 2006; Halbach & Sullivan, 2005; Patey et al., 2007; Gunderson, 2009). Instrumen ini menilai keselamatan pasien yang dilaporkan sendiri (*self assessment*) dengan diwakili oleh lima faktor yaitu: ‘Tingkat pengetahuan tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien’, ‘Keterampilan jika terjadi kesalahan medis’, ‘Perasaan ketika melakukan kesalahan medis’, ‘Sikap terhadap keselamatan pasien’, dan ‘Niat tentang keselamatan pasien’. Instrumen dari Li et al. (2012) terbukti dapat diadopsi oleh Murray et al. (2019b) di Australia untuk digunakan kepada NGRNs dengan nilai *Cronbach alpha* menunjukkan korelasi item yang dapat diterima (Field, 2018).

Translasi dan adaptasi dalam penelitian ini menghasilkan instrumen versi bahasa Indonesia yang dapat digunakan pada NGRNs. Tahapan dalam penelitian ini dilakukan berdasarkan rekomendasi Sousa & Rojjanasrirat (2011) yang terdiri dari enam tahapan. Sebelum memulai tahap pertama dalam penelitian, peneliti terlebih dulu meminta izin kepada pemilik instrumen (Li et al., 2012) untuk dilakukan studi translasi dan adaptasi *Medical students questionnaire of knowledge, skills, and attitudes regarding patient safety*. Langkah awal adalah translasi dan adaptasi dimana proses translasi bertujuan untuk mencapai versi bahasa yang berbeda dari instrumen asli yang secara konseptual memiliki arti yang sama di setiap negara/budaya target (WHO, 2020). Menurut Sperber (2004) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011), butuh perencanaan yang cermat, adopsi pendekatan metodologis yang komprehensif, ketat dan paling mapan dalam proses penerjemahan, adaptasi dan validasi instrumen lintas budaya agar dapat digunakan dalam budaya, bahasa dan negara lain. Tahap *forward translation* melibatkan 2 *expert* bahasa terdiri dari satu *expert* dengan latar belakang

pendidikan kesehatan yang bekerja di RSUP Universitas Hasanuddin Makassar sedangkan *expert* lainnya adalah non kesehatan dan merupakan anggota tetap HPI.

Selanjutnya seorang *expert* bahasa independen ketiga dilibatkan dalam *forward translation review* yang memiliki latar belakang pendidikan kesehatan. Penerjemah ketiga ini adalah alumni *Flinders University* di Australia dan merupakan dosen tetap Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Ketiga *expert* dwibahasa yang dilibatkan pada dua tahap ini memiliki bahasa ibu yang sama yaitu bahasa target (bahasa Indonesia). Melibatkan lebih dari satu penerjemah dalam proses ini sangat disarankan daripada individu karena hasil terjemahan dapat menimbulkan bias dan mempengaruhi kesetaraan (Epstein et al., 2015). Karakteristik penerjemah sebaiknya menurut Borsa et al. (2012) yaitu salah satu diharapkan memahami konstruk yang sedang dinilai, sedangkan yang lain tidak. Untuk menghasilkan terjemahan berkualitas tinggi kuncinya yaitu dengan memilih penerjemah yang berkualitas pula (Sousa & Rojjanasrirat, 2011, Hariati et al., 2020). *Expert* bahasa ketiga dilibatkan dalam *forward translation review* dengan tujuan untuk mendiskusikan setiap ambiguitas dan ketidaksesuaian dari dua versi *forward translated* yang dihasilkan oleh 2 *expert* di tahap pertama dengan versi asli dari instrumen. Metode yang digunakan pada proses review ini yaitu online dengan menggunakan bantuan aplikasi *WhatsApp*. *Expert* panel mungkin mempertanyakan beberapa kata atau ungkapan dan menyarankan alternatif dalam proses ini (WHO, 2020). Setelah dilakukan diskusi dan penilaian, tidak ada ketidaksesuaian yang bermakna pada kedua hasil terjemahan instrumen. *Expert* panel mencapai kesepakatan sehingga tahap review dikatakan telah mencapai konsensus dan instrumen siap untuk dilanjutkan ke tahap *back translation*.

Langkah ketiga adalah *blind back-translation* yang merupakan proses menerjemahkan kembali instrumen yang telah dihasilkan pada tahap *forward translation review* oleh *expert* bahasa yang sama sekali tidak mengetahui instrumen asli (Hariati et al., 2020). *Expert* bahasa yang dilibatkan dalam tahap ini berjumlah dua orang dengan bahasa ibu adalah bahasa Inggris. Penerjemah pertama berkebangsaan Malaysia dan merupakan anggota seumur hidup pada *Malaysian Translators' Association* dengan latar belakang pendidikan adalah kesehatan sementara penerjemah kedua adalah penerjemah bebas dengan latar belakang

pendidikan non kesehatan. Jumlah penerjemah yang dilibatkan sesuai dengan rekomendasi Lenz et al. (2017), Sousa & Rojjanasrirat (2011), bahwa setidaknya dua anggota tim yang mana satu di antaranya memiliki keahlian konten sehingga dapat berkontribusi pada proses ini. Selain itu, tahap ini bertujuan untuk menghasilkan terjemahan balik yang tidak harus identik dengan instrumen asli. Pada tahap ketiga ini dihasilkan dua terjemahan balik yang akan ditinjau pada tahap selanjutnya (Fitri et al., 2019).

Back-translation review adalah langkah keempat dalam penelitian ini yang bertujuan untuk membahas serta membandingkan dua hasil terjemahan balik, dengan versi *forward translation* dan instrumen asli (Hariati et al., 2020). Dalam tahap ini menggunakan pendekatan komite multidisiplin yang terdiri dari empat *expert* bahasa pada langkah pertama dan ketiga, dua orang ahli metodologi yang juga adalah anggota peneliti lulusan *Kanazawa University* dan *University of Virginia*, serta seorang profesional kesehatan yang merupakan dosen Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar yang akrab dengan bidang isi dari konstruksi instrumen. Selain keenam *expert* tersebut, peneliti utama juga terlibat dalam proses *back-translation review*. Sousa & Rojjanasrirat (2011) dan Hariati et al. (2020) menyarankan pada tahap review ini pemilik instrumen asli agar dapat berpartisipasi dan memberikan wawasan tentang konstruksi instrumen dan mengklarifikasi pertanyaan yang mungkin muncul, namun dalam penelitian ini pemilik instrumen asli tidak dilibatkan karena permintaan untuk berpartisipasi dari peneliti belum dikonfirmasi sampai saat ini.

Setiap item ditinjau sampai konsensus umum tercapai tentang keterwakilan instruksi, item, dan tanggapan serta kesesuaian budaya target sampel dimana instrumen akan digunakan, dalam hal ini budaya Indonesia (Lenz et al., 2017). Tinjauan dilakukan melalui online dengan menggunakan aplikasi *WhatsApp* dan *Zoom Meeting* untuk menghasilkan instrumen versi pre final dengan bahasa Indonesia untuk dapat digunakan pada NGRNs. Dalam review ini tidak ada pengulangan (*repetition approach*) karena semua ketidaksesuaian dapat diselesaikan dan disepakati bersama oleh komite. Instrumen versi pre final yang dihasilkan selanjutnya akan dilakukan uji coba.

Sebelum menyatakan instrumen baru yang diterjemahkan siap untuk digunakan, perlu terlebih dahulu di uji coba pada sampel yang mewakili karakteristik target atau populasi (Borsa et al., 2012). Tahap *pilot study* atau uji coba penelitian ini dilakukan secara online pada 10 NGRNs yang berasal dari dua rumah sakit umum dan satu dari rumah sakit khusus. Semua partisipan adalah perempuan dan memenuhi semua kriteria inklusi partisipan untuk *pilot study*. Penentuan jumlah partisipan pada uji ini berdasarkan rekomendasi Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000); Sousa, V. D., Hartman, S. W., Miller, E. H. & Carroll, M. A. (2009) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011) yaitu 10 – 40 individu. Menurut Regar et al. (2019), tujuan uji coba ini yaitu untuk mengkonfirmasi apakah item, skala respon dan instruksi dapat dipahami oleh populasi target serta untuk mengetahui apakah instruksi yang diberikan sudah jelas, menggunakan istilah yang sesuai dengan populasi target. Instrumen yang diuji cobakan pada penelitian ini dimuat dalam *google form* kemudian dibagikan secara online kepada 10 partisipan. Sebanyak 29 item pertanyaan yang terdiri dari kelompok A (Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang) dan kelompok B (Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan), kelompok C (Perasaan tentang melakukan kesalahan medis), kelompok D (Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien), serta kelompok E (Niat Anda tentang keselamatan pasien) kemudian dinilai oleh partisipan menggunakan skala dikotomi “Jelas” dan “Tidak Jelas”.

Setelah uji coba dilakukan, ditemukan 5 item yang dinilai tidak jelas oleh lebih dari 20% partisipan yaitu item 14 (Takut), 15 (Malu), 17 (Jengkel), 18 (Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien), dan 22 (Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien). Kelima item tersebut selanjutnya dievaluasi ulang karena tidak memenuhi nilai yang disepakati antara sampel yaitu 80%. Kelima item dievaluasi dengan dua metode menurut Sousa & Rojjanasrirat (2011), yang pertama meminta saran masing-masing partisipan yang menilai “Tidak Jelas” tentang bagaimana item ditulis ulang agar pernyataannya menjadi lebih jelas. Langkah kedua evaluasi dilakukan dengan melibatkan 2 penilai *expert* untuk lebih mendukung konseptual, kesetaraan konten, dan lebih meningkatkan struktur kalimat yang

digunakan dalam instruksi dan item pre final agar mudah dipahami oleh populasi target sebelum pengujian psikometri penuh dilakukan. Satu orang penilai yang dilibatkan berasal dari RSUP Universitas Hasanuddin Makassar sedangkan penilai lainnya adalah tenaga pendidik dari Politeknik Kesehatan Jakarta I. Hasil evaluasi akhirnya disepakati item 14, 15 dan 17 tetap seperti sedia kala sedangkan item 18 dan 22 mengalami sedikit perbaikan kata dan kalimat. Item 18 yang dari “Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien” menjadi “Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien”. Sedangkan item 22 dari “Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien” menjadi “Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien”.

Untuk lebih menentukan konseptual dan kesetaraan konten item pre final, dalam penelitian ini juga menggunakan pendekatan komite dengan melibatkan 6 panel ahli lainnya. Jumlah panel yang dilibatkan merujuk pada rekomendasi Lynn, M. R. (1986); Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (2005) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011) yaitu 6-10 panel ahli. Keterlibatan panel ahli bertujuan untuk mengevaluasi 29 item dari instrumen menggunakan skala dikotomi “Relevan” dan “Tidak Relevan” secara online melalui *google form*. *Expert* panel yang berpartisipasi untuk memeriksa kejelasan instruksi dan tanggapan partisipan ada yang bekerja di institusi kesehatan dan ada pula yang bekerja di rumah sakit. Semua *expert* panel memiliki pengetahuan tentang bidang konten instrumen yaitu *patient safety* dan populasi target di mana instrumen akan digunakan serta bahasa ibu yang merupakan bahasa target (bahasa Indonesia) dari instrumen. Instrumen yang dinilai kemudian dihitung *Index Validity Content* pada tingkat item (I-CVI) dan pada tingkat skala (S-CVI) yang dihitung menggunakan metode penghitungan rata-rata (S-CVA/Ave). Hasil 0,78 atau lebih untuk I-CVI dan 0,90 atau lebih untuk S-CVA/Ave adalah index minimum yang disepakati serta berdasarkan rekomendasi Lynn, M. R. (1986); Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (2005) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011).

Hasil evaluasi *expert* diperoleh 7 item yang nilai I-CVI dibawah 0,78 yaitu item nomor 4 (Cara menyampaikan kesalahan medis?), 7 (Gambaran umum tentang

mekanisme belajar dari kesalahan medis?), 15 (Malu), 17 (Jengkel), 18 (Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien), 21 (Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari), dan 27 (Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien) serta nilai S-CVI dibawah 0,90. Menurut Wynd, C. A., Schmidt, B. & Schaefer, M. A. (2003) dalam Sousa & Rojjanasrirat (2011), item-item yang tidak mencapai indeks minimum yang disepakati perlu direvisi dan dievaluasi kembali. Kemudian CVI baru dihitung. Proses revisi dan evaluasi berlanjut sampai indeks validitas terkait konten atau kesetaraan konten yang dapat diterima tercapai. Berdasarkan hal tersebut, dilakukan direvisi dan dievaluasi kembali terhadap 7 item yang tidak mencapai index minimum tersebut. Proses revisi dan evaluasi dilakukan melalui online dengan meminta konfirmasi dan masukan dari masing-masing *expert* yang menilai “Tidak relevan” pada ketujuh item yang dimaksud.

Setelah dilakukan satu kali revisi dan evaluasi dengan melibatkan panel *expert* yang sama serta tim peneliti, selanjutnya nilai I-CVI dan S-CVI dihitung kembali. Hasilnya nilai I-CVI yang diperoleh ketujuh item masing-masing adalah lebih dari 0,78 dengan nilai S-CVI adalah 0,93. Merujuk pada kesepakatan beberapa ahli sebelumnya bahwa nilai CVI antara 0.50 – 0.70 menggambarkan *fair validity*, 0.70-0.78 *good validity* dan nilai > 0.78 menggambarkan *excellent validity* (Haraldsson et al., 2016), maka instrumen tergolong kategori *good validity* sehingga dapat digunakan dalam penelitian (Bolarinwa, 2015). Item CVI dan CVI keseluruhan penting untuk ditentukan dan dilaporkan karena akan digunakan untuk mengukur hasil kesehatan atau untuk memandu pengambilan keputusan klinis (Almanasreh et al., 2019) dan juga untuk menilai seberapa baik item dikembangkan (Halek, M., Holle, D., & Bartholomeyczik, 2017). Akhirnya 29 item kuesioner siap dilakukan pengujian psikometrik penuh pada sampel yang lebih banyak dengan waktu penyelesaian kuesioner yaitu 5 hingga 10 menit.

Pada pengujian validitas, *construct validity* terdapat tiga jenis metode menurut Halek, M., Holle, D., & Bartholomeyczik (2017) diantaranya adalah *the factor analysis*. *The factor analysis* merupakan prosedur statistik multivariat yang memiliki

banyak kegunaan salah satunya memberikan bukti validitas konstruk dari skala pelaporan diri menurut Nunnally (1978) dalam (Williams et al., 2012). Faktor analisis terdiri dari dua jenis yaitu *Exploratory Factor Analysis* (EFA) dan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA). Dalam studi ini menggunakan CFA yang merupakan metode penting untuk menilai struktur internal, atau laten, dari instrumen atau kuesioner (Brown, 2008 & Lewis, 2017). CFA digunakan dalam kondisi dimana peneliti sudah memiliki informasi awal atau sudah mengetahui pengelompokan variabel dari suatu instrumen serta bertujuan untuk melakukan penegasan terhadap suatu teori pengukuran yang diberikan. Instrumen dalam penelitian ini diketahui terdiri dari 29 item pertanyaan yang dikelompokkan menjadi lima kelompok (Li et al., 2012) sehingga sudah tepat analisis faktor menggunakan pendekatan CFA. Analisis faktor dianggap cocok jika nilai Kaiser Meyer Olkin (KMO) diatas 0.50 dan *Bartlett's test of Sphericity* harus signifikan ($<0,05$) (Williams et al., 2012). Nilai KMO yang diperoleh adalah 0,891 dan *Bartlett's test of Sphericity* juga signifikan dengan $p < 0,05$ (0,00). Pada uji validitas mengidikasikan kecukupan dari sampel dan instrumen yang telah ditranslasi dan adaptasi ini dapat dianalisis menggunakan metode *The factor analysis*. Instrumen selanjutnya dianalisis komponen utama menggunakan *varimax rotation*. Hasilnya 6 faktor dikonfirmasi dengan nilai eigen lebih besar atau sama dengan 1,0. Hasil analisis ini dikonfirmasi juga oleh bentuk *scree plot*. Faktor pertama terdiri dari 10 item pertanyaan, 7 item di faktor kedua, 6 item di faktor ketiga, 3 item di faktor keempat, 2 item pada faktor kelima, serta 1 item di faktor keenam. Varians total yang dijelaskan oleh lima komponen adalah 61,15%,

Dalam versi aslinya, instrumen ini terdiri dari lima faktor berbeda dari hasil analisis yang bervariasi membentuk enam faktor serta terdiri dari item berbeda pula. Pada instrumen asli, faktor atau kelompok pertama terdiri dari 7 item hendak menilai tingkat pengetahuan tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien dimana setelah dilakukan analisis ketujuh item ini tersebar pada faktor 3 dan 4. Kelompok kedua instrumen asli terdiri dari 6 item menilai keterampilan jika terjadi kesalahan medis yang berdasarkan hasil analisis tersebar pada faktor 1, 2, dan 5. Kelompok ketiga instrumen asli yaitu menilai perasaan ketika melakukan kesalahan medis yang terdiri dari 4 item, tersebar pada faktor 1, 2 dan 3. Kelompok keempat instrumen asli menilai

sikap terhadap keselamatan pasien sebanyak 8 item, tersebar pada faktor 1, 2, 3, 5, dan 6. Terakhir kelompok kelima instrumen asli menilai niat tentang keselamatan pasien sebanyak 4 item, tersebar pada faktor 1 dan 2. Dari hasil analisis komponen utama dan studi literatur, peneliti mengelompokkan kembali yang tadinya 6 faktor menjadi 5 faktor dengan pertimbangan faktor 5 dan 6 memiliki kesamaan dalam konten pertanyaan. Kemudian kelima faktor tersebut diberikan nama baru sebagai berikut; a) Keterampilan interpersonal dan pengambilan keputusan dalam kesalahan medis terdiri dari 10 item) b) Sikap konatif (perilaku) jika terjadi kesalahan medis ada 7 item, c) Keterampilan menyelesaikan masalah (*problem solving*) ada 6 item, d) Pengetahuan tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien yaitu 3 item, serta e) Sikap kognitif (keyakinan, kesadaran) dalam kesalahan medis ada 3 item.

Untuk mengukur keandalan instrumen dalam penelitian ini salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan menilai homogenitas konsep, variabel atau karakteristik. Dalam menilai homogenitas atau konsistensi internal peneliti menggunakan metode *Cronbach's alpha* dengan skor minimal yang dapat diterima adalah minimal 0,7 (Olaniyi, 2019). Nilai *Cronbach's alpha* instrumen asli diperoleh lebih dari 0,80 yang menggambarkan nilai konsistensi internal yang kuat dan konsisten untuk kelompok 1,2, dan 3 sedangkan bagian 4 dan 5 kurang dapat diandalkan ($< 0,50$) (Li et al., 2012). Hasil analisis instrumen dalam penelitian ini, diperoleh koefisien *Cronbach's alpha* untuk keseluruhan adalah 0,97 yang artinya memiliki reabilitas sangat baik pada konsistensi internal. Nilai *Cronbach's alpha* untuk kelompok A, B, C dan E diperoleh dengan rentang 0,851 sampai 0,990 ($> 0,800$) yang artinya keandalan sangat baik dan pada kelompok D dengan nilai 0,752 ($> 0,600$) yang berarti memiliki keandalan yang dapat diterima.

Pada akhirnya penelitian ini menghasilkan instrumen Pengetahuan, Keterampilan, dan Sikap tentang Keselamatan Pasien versi bahasa Indonesia yang dapat digunakan pada NGRNs. Instrumen yang telah diciptakan, setelah dilakukan pengujian psikometrik diketahui valid dan reliabel dengan tingkat respon yang dapat diterima untuk survei email pendekatan multimode ($> 70\%$) (Fincham, 2008). Menurut Fincham (2008), survei email yang menggabungkan pendekatan multimode dapat menghasilkan tingkat respons setinggi 70% dimana pendekatan multimode yang

dimaksudkan adalah pemberian kuesioner melalui telepon, diberikan secara langsung, melalui surat, melalui email, atau internet. Instrumen ini menggunakan pendekatan *self assessment* tentu memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan dari *self assessment* ini adalah dapat mengenali kemampuan yang dimiliki serta mendorong partisipan untuk terus memperbaiki diri dan meningkatkan kemampuan pada aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap. Sedangkan kekurangannya yaitu hasil penilaian cenderung subjektif (Rahimah et al., 2017).

Lebih lanjut, instrumen yang diciptakan tidak bisa menggambarkan hasil keselamatan pasien secara komprehensif yang merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan di rumah sakit (Masahuddin et al., 2020), utamanya dalam menilai *International Patient Safety Goals* (IPSG). Aspek pengetahuan dalam instrumen ini menggali sebatas jenis-jenis dan faktor penyebab kesalahan medis serta faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien. Perlu ada metode pengumpulan data lain atau pengembangan instrumen yang disesuaikan dengan kondisi tertentu dan untuk berbagai tingkat perkembangan, serta sesuai dengan bahasa target (Silolonga, 2018; Gunartha et al., 2020). Perawat baru di Indonesia dengan masa kerja 3 hingga 6 tahun untuk DIII Keperawatan dan 2 hingga 4 tahun untuk Ners yang disebut dengan Perawat Klinis I (*novice*), wajib memiliki kemampuan melakukan asuhan keperawatan dasar dengan penekanan pada keterampilan teknis keperawatan dibawah bimbingan (Menkes RI, 2017). Kompetensi perawat *novice* yang wajib dimiliki tersebut terdiri dari 21 item (Menkes RI, 2017) yang bisa digunakan sebagai dasar jika hendak melakukan pengembangan instrumen.

Aspek keterampilan menurut Robbins (2000) terdiri dari *basic literacy skill*, *technical skill*, *interpersonal skill*, dan *problem solving*. Dua diantaranya ada dalam instrumen yang ini yaitu keterampilan interpersonal dan *decision making* dalam kesalahan medis serta keterampilan *problem solving*. Dengan menggunakan instrumen ini untuk menilai NGRNs tentang keselamatan pasien, maka sudah dianggap cukup karena untuk *basic literacy skill* menurut Robbins (2000) sudah pasti dimiliki oleh setiap orang seperti membaca, menulis, berhitung serta mendengarkan. Sementara untuk *technical skill* yang merupakan keahlian secara teknis dibutuhkan metode lain seperti observasional untuk mendapatkan data pendukung (Gunartha et

al., 2020). Untuk aspek sikap, dua dari tiga komponen ada dalam instrumen yang dihasilkan, yaitu kognitif dan konatif (Fuadi, 2016) sehingga dengan instrumen ini sudah bisa mendapat sebagian besar gambaran sikap seseorang dari keyakinan/kesadaran dan perilaku menurut Alport (1954) dalam Fuadi (2016).

Sejak awal pendidikan seharusnya budaya keselamatan pasien dibangun dengan baik dan benar untuk meningkatkan kualitas layanan dan menghindari kesalahan medis sejak awal karir (Li et al., 2012). Selain instrumen yang diciptakan dalam penelitian ini yang khusus menilai pengetahuan, keterampilan serta sikap tentang keselamatan pasien, terdapat beberapa instrumen lain yang bisa digunakan untuk menilai kompetensi lain perawat sejak awal. Salah satunya adalah instrumen *Health Professional Education in Patient Safety Survey* (H-PEPSS) yang digunakan untuk menilai keselamatan pasien yang dilaporkan sendiri oleh profesional kesehatan dan mewakili enam bidang sosial budaya yaitu: 1) Bekerja dalam tim dengan profesional kesehatan lainnya, 2) Berkomunikasi secara efektif, 3) Mengelola risiko keselamatan, 4) Memahami faktor manusia dan lingkungan yang mempengaruhi keselamatan pasien, 5) Mengenali dan menanggapi kejadian buruk, dan 6) Budaya keselamatan (Colet et al., 2015). Disamping tidak khusus menilai pengetahuan, keterampilan, dan sikap NGRNs, H-PEPSS juga belum pernah digunakan untuk NGRNs. Sementara instrumen dari Li et al. (2012), sudah pernah diadopsi oleh M. Murray et al. (2019b) agar bisa digunakan pada NGRNs dan setelah dilakukan translasi dan adaptasi menggunakan tahapan dari Sousa & Rojjanasrirat (2011) terbukti valid dan reliabel. Sehingga kami dapat merekomendasikan instrumen ini untuk digunakan secara luas pada NGRNs yang ada di Indonesia untuk mendapatkan gambaran awal keselamatan pasien dari aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap.

B. Implikasi dalam Praktik Keperawatan

Sampai saat ini *patient safety* menjadi isu global dan menjadi salah satu indikator mutu dalam pelayanan kesehatan. *Patient safety* tidak hanya menjadi tanggung jawab tenaga medis saja tetapi menjadi tanggung jawab semua tenaga kesehatan yang bekerja di suatu layanan kesehatan tanpa terkecuali perawat. Kehadiran NGRNs dalam layanan keperawatan sangat diharapkan dapat memberikan pelayanan yang aman dan meminimalisir tingginya IKP dari profesi keperawatan. Ironisnya,

banyaknya data dan fenomena tingginya IKP yang dilakukan oleh NGRNs dan tidak dilakukannya *initial assessment* untuk memberikan data kunci untuk memastikan perawatan pasien yang aman diantara NGRNs membuat banyak pihak menjadi resah dan meragukan pengetahuan, keterampilan, dan sikap mereka tentang keselamatan pasien. Hal ini kemudian menjadi penting untuk dikaji dan dilaporkan sebagai bahan evaluasi tidak hanya bagi rumah sakit atau puskesmas tapi juga bagi institusi pendidikan. Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat memfasilitasi peneliti-peneliti selanjutnya atau perawat dalam menilai NGRNs dari aspek pengetahuan, keterampilan, dan sikap mereka tentang keselamatan pasien. Sehingga harapan agar dapat memberikan pelayanan yang aman dan meminimalisir tingginya IKP dari profesi keperawatan dapat terwujud.

C. Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian

Kelebihan pertama penelitian ini adalah untuk pertama kalinya tersedia instrumen Pengetahuan, Keterampilan, dan Sikap NGRNs tentang Keselamatan Pasien versi Indonesia yang dapat digunakan oleh NGRNs di seluruh Indonesia. Kedua, proses translasi dan adaptasi instrumen dalam penelitian ini dilakukan berdasarkan rekomendasi Sousa & Rojjanasrirat (2011). Ketiga, instrumen yang diciptakan valid dan reliabel dengan mencapai standar tingkat respon partisipan yang dapat diterima (Fincham, 2008).

Keterbatasan penelitian yang pertama yaitu penerjemah yang dilibatkan tidak semua adalah penerjemah profesional tersumpah yaitu hanya 2 dari 5 penerjemah sesuai dengan rekomendasi dari Sousa & Rojjanasrirat (2011) yang menyarankan penerjemah profesional tersumpah yang dilibatkan. Kedua dari jumlah partisipan tidak memenuhi jumlah partisipan minimum yang direkomendasikan (Gorsuch, 2015; Hair Jr et al., 2019; Hariati et al., 2020) meskipun tingkat respon menurut Fincham (2008) dikatakan dapat diterima. Ketiga, partisipan yang terlibat dalam studi ini belum merata karena yang berpartisipasi hanya NGRNs dari rumah sakit atau puskesmas dari 14 provinsi saja (Jawa barat, Jawa timur, DKI, Banten, Kalimantan timur, Kalimantan selatan, Bali, NTT, Sulawesi selatan, Sulawesi barat, Sulawesi utara, Sulawesi tengah, Sulawesi tenggara, Maluku utara). Keempat, instrumen ini adalah *self assessment* dalam menilai aspek pengetahuan, keterampilan, dan sikap

yang dimiliki sehingga ada kecenderungan untuk bias pada hasil penilaian. Selain itu, penilaian keterampilan dan sikap tidak akan cukup jika hanya berdasarkan *self assessment* tanpa didukung dari data observasi. Kelima, keselamatan pasien dalam instrumen ini tidak dinilai secara komprehensif khususnya untuk menilai IPSG yang menjadi standar dalam keselamatan pasien.

D. Rekomendasi

Tenaga kesehatan atau peneliti selanjutnya dapat menggunakan instrumen Pengetahuan, Keterampilan, dan Sikap NGRNs tentang Keselamatan Pasien versi Indonesia yang telah diuji valid dan reliabilitas. Diharapkan peneliti selanjutnya untuk melakukan pengujian psikometrik ulang pada partisipan yang lebih luas sebelum penggunaan instrumen ini. Merujuk pada keterbatasan penelitian bahwa untuk menilai keterampilan dan sikap sangat disarankan untuk dilakukan *original research* atau didukung dengan metode lain misalnya observasi agar didapatkan gambaran secara menyeluruh untuk kedua aspek tersebut. Selain itu, karena instrumen yang diciptakan ini tidak menilai secara komprehensif untuk keselamatan pasien utamanya IPSG, ada baiknya di masa depan dilakukan *development tools* sehingga diperoleh data keselamatan pasien yang komprehensif.

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian ini menghasilkan instrumen Pengetahuan, Keterampilan, dan Sikap NGRNs tentang Keselamatan Pasien versi Indonesia untuk dapat digunakan pada NGRNs di seluruh Indonesia. Instrumen yang dihasilkan valid dan reliabel yang terdiri dari 29 item dan dikelompokkan menjadi lima faktor. Tidak ada item yang dikeluarkan karena berdasarkan hasil analisis semua item dapat menjelaskan masing-masing faktor.

B. Saran

Merujuk pada keterbatasan penelitian, maka disarankan:

1. Disarankan untuk dilakukan pengujian psikometrik ulang pada partisipan yang lebih luas sebelum penggunaan instrumen ini.
2. Untuk menilai keterampilan dan sikap NGRNs, direkomendasikan untuk melakukan *original research*, pengembangan instrumen, atau menggunakan metode pengumpulan data tambahan menggunakan instrumen lain misalnya observasi agar didapatkan gambaran secara menyeluruh untuk kedua aspek tersebut.
3. Karena instrumen yang diciptakan ini tidak menilai secara komprehensif untuk keselamatan pasien utamanya IPSP, diharapkan di masa depan dilakukan *development tools* sehingga diperoleh data keselamatan pasien yang komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Abrahamson, K., Hass, Z., Morgan, K., Fulton, B., & Ramanujam, R. (2016). The Relationship Between Nurse-Reported Safety Culture and the Patient Experience. *The Journal of Nursing Administration*, 46(12), 662–668. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000423>
- ACT Academy. (2017). Online Library of Quality, Service Improvement and Redesign Tools: SBAR Communication Tool – Situation, Background, Assessment, Recommendation. In *NHS Improvement* (pp. 1–7). NHS Improvement. <https://improvement.nhs.uk/resources/sbar-communication-tool/>
- Adom, D., Hussain, E. K., & Agyem, J. A. (2018). Theoretical and Conceptual Framework: Mandatory Ingredients of a Quality Research. *International Journal of Scientific Research*, 7(1), 93–98. <https://www.researchgate.net/publication/322204158%0ATHEORETICAL>
- Africa, L., & Shinnars, J. S. (2019). Tracking medical errors and near misses in the new graduate registered nurse. *Nursing Forum*, 55(2), 174–176. <https://doi.org/10.1111/nuf.12412>
- Almanasreh, E., Moles, R., & Chen, T. F. (2019). Evaluation of Methods used for Estimating Content Validity. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(2), 214–221. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.066>
- Alzahrani, N., Jones, R., & Abdel-Latif, M. (2019). Attitudes of Doctors and Nurses toward Patient Safety within Emergency Departments of a Saudi Arabian Hospital: A Qualitative Study. *Healthcare*, 7(1), 44. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010044>
- Andri, P. L., & Soewondo, P. (2018). Nurses' Perception of Patient Safety Culture in the Hospital Accreditation Era: A Literature Review. *KnE Life Sciences*, 4(9), 60. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i9.3558>
- Assaqaf, T. A. E. (2016). Adaptation as a Means of Translation. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 5(1), 783–785. <https://doi.org/10.21275/v5i1.8011601>
- Beyea, S. C., Slattery, M. J., & Von Reyn, L. J. (2010). Outcomes of a Simulation-Based Nurse Residency Program. *Clinical Simulation in Nursing*, 6(5), e169–e175. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.01.005>
- Bittner, N. P., Gravlin, G., MacDonald, C., & Bourgeois, D. (2017). A Newly Licensed Nurse Orientation Program Evaluation: Focus on Outcomes. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(1), 22–28. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170110-07>
- Bolarinwa. (2015). Principles and Methods of Validity and Reliability Testing of Questionnaires used in Social and Health Science Researches. *The Nigerian*

- Postgraduate Medical Journal*, 22(4), 195–201. <https://doi.org/10.4103/1117-1936.173959>
- Bolisani, E., & Bratianu, C. (2018). The Elusive Definition of Knowledge. *Research Gate*, 1–22. https://doi.org/10.1007/978-3-319-60657-6_1
- Borsa, J. C., Damasio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments : Some Considerations. *Paidéia*, 22(53), 423–432. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314> Cross-Cultural
- Bos, N., Engel, M. F., Rijswijk, N. J. V., Verheijden, J. M. ., Coster, W., Moed, R., & Ketelaar, M. (2019). Translation and Cross-Cultural Adaptation of the PEDI-CAT: Dutch Version. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 12(1), 57–64. <https://doi.org/10.3233/PRM-180544>
- Brasaitė, I., Kaunonen, M., Martinkėnas, A., Mockienė, V., & Suominen, T. (2016). Health Care Professionals' Skills Regarding Patient Safety. *Medicina (Lithuania)*, 52(4), 250–256. <https://doi.org/10.1016/j.medic.2016.05.004>
- Bratt, M. M., Baernholdt, M., & Pruszyński, J. (2014). Are Rural and Urban Newly Licensed Nurses Different? A Longitudinal Study of a Nurse Residency Programme. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 779–791. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01483.x>
- Brown, T. A. (2008). Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. In T. D. Little (Ed.), *The American Statistician* (Second, Vol. 62, Issue 1). The Guilford Press. <https://doi.org/10.1198/tas.2008.s98>
- Canadian Patient Safety Institute ICSP. (2020). *Patient Safety Incident* (p. 1). Institut Canadien Pour La Securite Des Patients. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Patient-Safety-Incident.aspx>
- Cherry, B., & Jacob, S. R. (2014). *Contemporary Nursing Issues, Trends, & Management* (A. Buxton (ed.); Sixth Edit). Elsevier.
- Ching-Yu, C., Hsiu-Min, T., Chia-Hao, C., & Shwu-Ru, L. (2014). New Graduate Nurses' Clinical Competence , Clinical Stress , and Intention to Leave: A Longitudinal Study in Taiwan. *The Scientific World Journal*, 1, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/748389>
- Colet, P. C., Cruz, J. P., Cruz, C. P., Al-otaibi, J., Qubeilat, H., & Alquwez, N. (2015). Patient Safety Competence of Nursing Students in Saudi Arabia: A Self-Reported Survey. *International Journal of Health Sciences*, 9(4), 418–426. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4682596/#:~:text=Conclusion,imp lementation to bridge this gap.>
- Collins Dictionary. (2020). *Definition of "Knowledge"* (p. 1). Harpe rCollins. <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/knowledge>
- Dharma. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan*

Menerapkan Hasil Penelitian. Cv Trans Info Media.

- Elkin, P. L., Johnson, H. C., Callahan, M. R., & Classen, D. C. (2016). Improving Patient Safety Reporting with the Common Formats: Common Data Representation for Patient Safety Organizations. *Journal of Biomedical Informatics*, *64*(12), 116–121. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.09.020>
- Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A Review of Guidelines for Cross-Cultural Adaptation of Questionnaires could not Bring Out a Consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, *68*(4), 435–441. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>
- Erita, & Mahendra, D. (2017). Dampak Caring Preceptor dan Metode Preceptorship dalam Meningkatkan Percaya Diri Perawat Baru di RSUD UKI Jakarta. *Nursing Current Jurnal Keperawatan*, *5*(2), 1–19. <https://ojs.uph.edu/index.php/NCJK/article/view/1714/643>
- Farag, A., Blegen, M., Gedney-lose, A., Lose, D., & Perkhounkova, Y. (2017). Voluntary Medication Error Reporting by ED Nurses: Examining the Association with Work Environment and Social Capital. *Journal of Emergency Nursing*, *43*(3), 246–254. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.10.015>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications.
- Fincham, J. E. (2008). Response Rates and Responsiveness for Surveys, Standards, and the Journal. *American Journal of Pharmaceutical Education*, *72*(2), 43. <https://doi.org/10.5688/aj720243>
- Fitri, S. Y. R., Lusmilasari, L., & Juffrie, M. (2019). The Indonesian Version of the Premature Infant Pain Profile–Revised: Translation and Adaptation of a Neonatal Pain Assessment. *International Journal of Nursing Sciences*, *6*(4), 439–444. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.010>
- Flin, R., Patey, R., Jackson, J., Mearns, K., & Dissanayaka, U. (2009a). Year 1 Medical Undergraduates' Knowledge of and Attitudes to Medical Error. *Medical Education*, *43*(12), 1147–1155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03499.x>
- Flin, R., Patey, R., Jackson, J., Mearns, K., & Dissanayaka, U. (2009b). Year 1 medical undergraduates' knowledge of and attitudes to medical error. *Medical Education*, *43*(12), 1147–1155. <http://10.0.4.87/j.1365-2923.2009.03499.x>
- Fuadi, F. I. (2016). Hubungan antara Pengetahuan dengan Sikap Masyarakat dalam Mencegah Leptospirosis di Desa Pabelan Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo. *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*, 1–17. http://eprints.ums.ac.id/44786/1/NASKAH_PUBLIKASI.pdf
- Ghebreyesus, T. A. (2018). *6th Annual World Patient Safety, Science & Technology Summit*. <https://www.who.int/dg/speeches/2018/patient-safety-summit/en/>
- Gluyas, H., & Morrisson, P. (2013). *Patient Safety: An Essential Guide*. Palgrave McMillan.

- Gorsuch, R. L. (2015). *Factor Analysis: Classic Second Edition* (Classic). Taylor & Francis.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (L. Handerson (ed.); 7th ed). Elsevier Saunders.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2015). *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice* (L. Henderson (ed.); 6th Eds). Elsevier.
- Gunartha, I. W., Sulaiman, T., Suardiman, S. P., & Kartowagiran, B. (2020). Developing Instruments for Measuring the Level of Early Childhood Development. *Research and Evaluation in Education*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.21831/reid.v6i1.21996>
- Gusnia, S. S., & Saragih CB, N. (2013). Hubungan Karakteristik Perawat pada Program Preceptorship terhadap Proses Adaptasi Perawat Baru. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v1(n1), 10–17. <https://doi.org/10.24198/jkp.v1n1.2>
- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (J. Grene (ed.); 8th ed.). Cengage Learning. <https://doi.org/10.1002/9781119409137.ch4>
- Halek, M., Holle, D., & Bartholomeyczik, S. (2017). Development and evaluation of the content validity , practicability and feasibility of the Innovative dementia-oriented Assessment system for challenging behaviour in residents with dementia. *BMC Health Services Research*, 1–26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-017-2469-8>
- Handayani, F. (2017). *Gambaran Insiden Keselamatan Pasien berdasarkan Karakteristik Perawat, Organisasi, dan Sifat Dasar Pekerjaan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Al-Islam Bandung pada Periode 2012-2016*. 1–200. [http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/35942/1/FITRI HANDAYANI-FKIK.pdf](http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/35942/1/FITRI%20HANDAYANI-FKIK.pdf)
- Haraldsson, P., Jonker, D., Strengbom, E., & Areskoug-Josefsson, K. (2016). Structured Multidisciplinary Work Evaluation Tool: Development and Validation of a Multidisciplinary Work Questionnaire. *Work*, 55(4), 883–891. <https://doi.org/10.3233/WOR-162454>
- Hariati, S., McKenna, L., Lusmilasari, L., Reisenhofer, S., Sutomo, R., Febriani, A. D. B., & Arsyad, D. S. (2020). Translation, Adaptation and Psychometric Validation of the Indonesian Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale for Parents of Low Birth Weight Infants. *Journal of Pediatric Nursing*, xxx(xxxx), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.010>
- Hussein, R., Everett, B., Ramjan, L. M., Hu, W., & Salamonson, Y. (2017). New Graduate Nurses' Experiences in a Clinical Specialty: A Follow up Study of Newcomer Perceptions of Transitional Support. *BMC Nursing*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0236-0>
- Institute of Medicine (US). (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing*

- Health*. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. <https://doi.org/10.17226/12956>
- Joint Commission International. (2017). *International Patient Safety Goals (IPSG's): Targeted Solutions Tool*. 517. <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>
- Kaiser, H. F. (1974). An Index of Factorial Simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36. <https://doi.org/doi:10.1007/bf02291575>
- Kalfoss, M. (2019). Translation and Adaption of Questionnaires: A Nursing Challenge. *SAGE Open Nursing*, 5(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/2377960818816810>
- Kalisch, B. J., & Xie, B. (2014). Errors of Omission: Missed Nursing Care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
- Kavanagh, J. M., & Szweda, C. (2017). A Crisis in Competency: The Strategic and Ethical Imperative to Assessing New Graduate Nurses' Clinical Reasoning. *Nursing Education Perspectives*, 38(2), 57–62. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000112>
- KBBI. (2019). *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) (2.8)*. Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa (Pusat Bahasa). <https://kbbi.web.id/kolokasi>
- Kemendes RI. (2020). *Laporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety Incident Report)*. <http://sirs.yankes.kemkes.go.id/sp2rs/dashboard.php>
- Ko, Y., & Yu, S. (2015). The Relationships among Perceived Patients' Safety Culture, Intention to Report Errors, and Leader Coaching Behavior of Nurses in Korea: A Pilot Study. *Journal of Patient Safety*, 13(3), 175–183. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000224>
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. www.pdpersi.co.id/kanalpersi/website_ikprs/content/pedoman_pelaporan.pdf%0A
- Layuk, E., Tamsah, H., & Kadir, I. (2017). Pengaruh Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Perawat terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap di RS Labuang Baji Makassar. *Jurnal Mirai Management*, 2(2), 319–337. <https://www.journal.stieamkop.ac.id/index.php/mirai/article/view/60/60>
- Lenz, A. S., Soler, I. G., Dell'Aquila, J., & Uribe, P. M. (2017). Translation and Cross-Cultural Adaptation of Assessments for use in Counseling Research. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 50(4), 224–231. <https://doi.org/10.1080/07481756.2017.1320947>
- Lewis, T. F. (2017). Evidence Regarding the Internal Structure: Confirmatory Factor Analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 50(4),

239–247. <https://doi.org/10.1080/07481756.2017.1336929>

- Li, L., Duan, Y., Chen, P., Li, J., Mao, X., Barraclough, B. H., & Zhang, M. (2012). Knowledge, Skills, and Attitudes of Medical Students to Patient Safety: A Cross-Sectional Pilot Investigation in China. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 5(3), 124–133. <https://doi.org/10.1111/j.1756-5391.2012.01187.x>
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2014). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* (L. Henderson (ed.); 8th Eds). Elsevier Inc. <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=81721F1B37985D425493274803385820>
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical Error — The Third Leading Cause of Death in the US. *The BMJ*, 353(i2139), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Masahuddin, L., Rachmawaty, R., & Bahar, B. (2020). Hubungan Pelaksanaan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan dengan Penerapan Patient Safet di Ruang Perawatan RSUD Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 6(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.33023/jikep.v6i1.442>
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The Kappa Statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900052/>
- Menkes RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis*. <https://www.persi.or.id/images/regulasi/permenkes/pmk402017.pdf>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 1 (2011). bprs.kemkes.go.id
- Ming-Chen, Y., & Yu, S. (2009). Job Stress and Intention to Quit in Newly-Graduated Nurses during the First Three Months of Work in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), 3450–3460. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02941.x>
- Missen, K., McKenna, L., Beauchamp, A., & Larkins, J. A. (2016). Qualified Nurses' Rate New Nursing Graduates as Lacking Skills in key clinical areas. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15–16), 2134–2143. <https://doi.org/10.1111/jocn.13316>
- Murray, E. (2017). *Nursing Leadership and Management for Patient Safety and Quality Care* (S. Rhyner (ed.)). F. A. Davis Company.
- Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2017). New Graduate Registered Nurses' Knowledge of Patient Safety and Practice: A Literature Review. *International Journal of Laboratory Hematology*, 27(1–2), 31–47. <https://doi.org/10.1111/jocn.13785>
- Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2019a). A Mixed-Methods Study on Patient Safety Insights of New Graduate Registered Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000443>
- Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2019b). New Graduate Nurses' Clinical Safety

- Knowledge by the Numbers. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1384–1390. <https://doi.org/10.1111/jonm.12819>
- Notoatmojo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan (Revisi)*. Rineka Cipta.
- Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2017). Development of Nurses' Professional Competence Early in Their Career: A Longitudinal Study. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(1), 29–39. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170110-08>
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory* (3th ed.). McGraw-Hill, Inc.
- Ohrbach, R., Bjorner, J., Jezewski, M., John, M. T., & Lobbezoo, F. (2013). *Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments* (p. 94). Committee for Translations and Protocols International RDC/TMD Consortium Network. https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/Guidelines-for-Translation-and-Cultural-Equivalency-of-Instruments-2013_05_118608.pdf
- Olaniyi, A. A. (2019). Application of Likert Scale's Type and Cronbach's Alpha Analysis in an Airport Perception Study. *Scholar Journal of Applied Sciences and Research*, 2(4), 1–5. <https://doi.org/Kask>, G., Uimonen, M. M., Barner-Rasmussen, I., Tukiainen, E. J., Blomqvist, C., & Repo, J. P. (2020). Further validation of the Toronto extremity salvage score for lower extremity soft tissue sarcoma based on Finnish patients. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. doi:10.1016/j.bjps.2020.08.007
- Patient Safety Network AHRQ. (2019a). *Culture of Safety*. <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
- Patient Safety Network AHRQ. (2019b). *Nursing and Patient Safety*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (C. Burn (ed.); Tenth Edit). Wolters Kluwer.
- Rachmawaty, R. (2017). Ethical Issues in Action-Oriented Research in Indonesia. *Nursing Ethics*, 24(6), 686–693. <https://doi.org/10.1177/0969733016646156>
- Rahimah, S. B., Kusmiati, M., & Widyastuti, E. (2017). Hubungan Self Assessment-Peer Assessment dengan Nilai Kelulusan OSCE Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unisba. *Global Medical and Health Communication*, 5, 19–26. <https://ejournal.unisba.ac.id/index.php/gmhc/article/download/1856/pdf>
- Ramos, S., Menezes, C., Duarte, B., Camila, V., & Bastos, D. S. (2020). Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium Scale for the Portuguese Language. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(2), 195–200. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180033>
- Rebar, C. R., Gersch, C. J., Macnee, C. L., & McCabe, S. (2011). *Understanding Nursing*

Research; Using Research in Evidence-Based Practice (H. Surrena (ed.); 3rd ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

- Regar, M. J., Syahrul, S., & Tahir, T. (2019). Instrumen Evaluasi Kinerja Preceptor dengan Kepuasan, Kepercayaan Diri dan Critical Thinking Preceptee dalam Melaksanakan Praktik Klinik; Pilot Study. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 4(2). <http://103.114.35.30/index.php/JKM/article/view/2194>
- Robbins, S. P. (2000). *Essentials of Organizational Behavior* (6th ed.). Prentice-Hall.
- Saberi, M., Jamshidi, E., Rajabi, F., Seydali, E., & Bairami, F. (2017). Attitude of Nurses toward the Patient Safety Culture: A Cross-Sectional Study of the Hospitals in Tehran, Iran. *Patient Safety Quality Improvement Journal*, 5(3), 554–560. <https://doi.org/10.22038/PSJ.2017.9037>
- Safitri, R. A. (2019). Dampak yang Dihasilkan Jika Tidak Melaksanakan Keselamatan terhadap Pasien. *Osfpreprints*, 1–10. <https://doi.org/10.31219/osf.io/w82yg>
- Setiati, S. (2017). Translation and Adaptation of Foreign Questionnaire: The First Step should be Done before Used. *Acta Medica Indonesiana*, 49(1), 1–2. <https://scholar.ui.ac.id/en/publications/translation-and-adaptation-of-foreign-questionnaire-the-first-ste>
- Sidu, R. (2016). Pengalaman Perawat Baru di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo. *Universitas Negeri Gorontalo Repository*, 3–4. <http://repository.ung.ac.id/skripsi/show/841412003/pengalaman-perawat-baru-di-rsud-prof-dr-h-aloei-saboe-kota-gorontalo-tahun-2016.html#>
- Silolonga, W. N. (2018). Adaptasi dan Pengembangan Instrumen Diabetes Self-Efficacy Scale (DSES) Versi Indonesia untuk Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Digilib Unhas*, 2, 227–249. http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/ODg0ZDZhM2IzNDJhMzgzMjc3NDgyNjM4NmE5ODA0YmRjMjRmM2VlZQ==.pdf
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, Adaptation and Validation of Instruments or Scales for use in Cross-Cultural Health Care Research: A Clear and User-Friendly Guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Stevens, J. P. (2002). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (4th ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide for Their Development and Use* (4th ed.). Oxford University Press.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use* (5th ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp179>
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian : Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. CV. Alfabeta.
- Treiber, L. A., & Jones, J. H. (2018). After the Medication Error: Recent Nursing

- Graduates' Reflections on Adequacy of Education. *The Journal of Nursing Education*, 57(2), 275–280. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180420-04>
- Tyndall, D. E., Firnhaber, G. C., & Scott, E. S. (2018). The Impact of New Graduate Nurse Transition Programs on Competency Development and Patient Safety: An Integrative Review. *Advances in Nursing Science*, 41(4), E26–E52. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000217>
- Ulrich, B., & Kear, T. (2014). Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447-456,505. <https://www.annanurse.org/download/reference/journal/patientSafety1.pdf>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pub. L. No. 44, 16 (2009). [www.depkes.go.id/.../UU No. 44 Th 2009 ttg Rumah Sakit...%0A](http://www.depkes.go.id/.../UU%20No.%2044%20Th%202009%20ttg%20Rumah%20Sakit...%0A)
- WHO. (2020). Process of Translation and Adaptation of Instruments. In *WHO/Process of translation and adaptation of instruments* (pp. 1–6). World Health Organization. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Williams, B., Brown, T., & Onsmann, A. (2012). Exploratory Factor Analysis: A Five-Step Guide for Novices. *Australasian Journal of Paramedicine*, 8(3), 1–13. <http://ro.ecu.edu.au/jephc/vol8/iss3/1>
- Willman, A., Bjuresäter, K., & Nilsson, J. (2020). Newly Graduated Registered Nurses' Self-Assessed Clinical Competence and Their Need for Further Training. *Nursing Open*, 7(3), 720–730. <https://doi.org/10.1002/nop2.443>
- Wood, M. J., & Ross-Kerr, J. C. (2011). *Basic Steps in Planning Nursing Research: From Question to Proposal* (A. Sibley (ed.); 7th ed.). Jones and Bartlett Publishers.
- Zulkarnain. (2018). Analisis Hubungan Perilaku Perawat terhadap Tindakan Pencegahan Infeksi Nosokomial (Phelibitis) di Ruang Perawatan Interna RSUD Bima. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Pendidikan*, 2(1), 1–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eswa.2014.06.009%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.procs.2010.12.169%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1176%0Ahttp://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.683.7048&rep=rep1&type=pdf%0Ahttps://doi.org/10.1016/>

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1

Teknik Pencarian PICO

P	I	C	O
<i>New nurses New graduate nurses New graduate registered nurses</i>	<i>Translation Adaptation Cross-Cultural Adaptation Psychometric Knowledge Skills Attitude</i>	-	<i>Patient safety Safety</i>

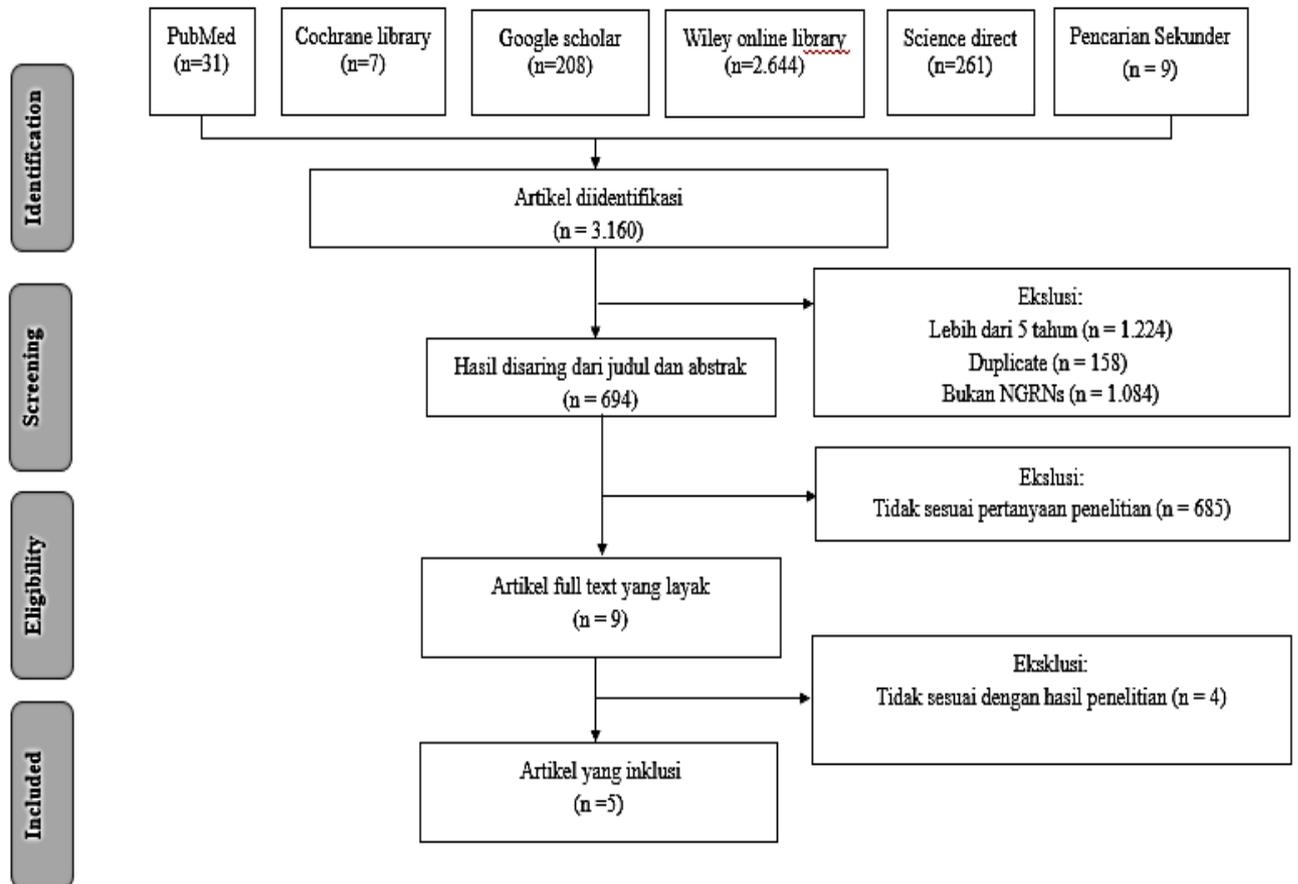
Lampiran 2

Tabel Komparasi

Keyword	PubMed	Cochrane library	Google scholar	Wiley online library	Science direct	Pencarian sekunder
<i>“new nurses” OR “new graduate nurses” OR “new graduate registered nurses” AND translation OR adaptation OR cross-cultural adaptation OR psychometric OR knowledge OR skills OR attitude AND “patient safety” OR safety</i>	31	7	208	2,644	261	9

Lampiran 3

Algoritma Pencarian Literatur



Lampiran 4

Sintesis Grid Artikel Inklusi Translasi dan Adaptasi Instrumen

Author	Aim	Method	Subject	Result	Conclusion
(Bos et al., 2019)	Untuk menggunakan instrumen dalam budaya atau bahasa lain, terjemahan dan validasi lintas budaya penting, terutama bagi pengguna akhir. Studi ini mendeskripsikan proses penerjemahan dan adaptasi lintas budaya dari PEDI-CAT versi Belanda	Translation and Cross-Cultural Adaptation	PEDI-CAT (Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test)	PEDI-CAT mengukur fungsi harian anak-anak dan remaja, berusia 1 hingga 21 tahun, dengan berbagai disabilitas fisik, kognitif dan / atau perilaku. Semua 267 item dan opsi respons dari PEDI-CAT asli dinilai relevan dan diterjemahkan ke dalam bahasa Belanda. 175 item pilihan diuji dengan wawancara Think Aloud yang mengungkapkan bahwa terjemahan dari 46 item dapat ditingkatkan.	Peran pengguna akhir dalam proses penerjemahan dan adaptasi lintas budaya sangat penting. Proses kolaboratif ini menghasilkan PEDI-CAT versi Belanda yang telah diadaptasikan secara optimal dengan bahasa dan budaya Belanda
(Hariati et al., 2020)	Untuk melakukan adaptasi lintas budaya dan validasi psikometri versi asli (Bahasa Inggris) dari Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) -Parent dalam Bahasa Indonesia.	Translation, Adaptation and Psychometric Validation terdiri dari 7 langkah	Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) - Parent	22 item Bahasa-RHDS-Parent muncul dalam struktur empat faktor yang terbukti dari EFA. Versi ini memiliki reliabilitas yang baik dengan nilai Cronbach alpha untuk pengetahuan dan kemampuan koping (0,92), kesiapan fisik-emosional (0,89), rasa sakit dan kekuatan (0,83), dukungan yang diharapkan (0,80) dan 0,90 di seluruh Bahasa-RHDS-Parent	Bahasa-RHDS-Parent menyajikan adaptasi lintas budaya yang baik dan sifat psikometri awal untuk menilai kesiapan orang tua pada orang tua dengan bayi BBLR sebelum keluar dari rumah sakit
(Kalfoss, 2019)	Untuk mendeskripsikan masalah semantik yang dihadapi dalam menerjemahkan kuesioner standar dari Bahasa Inggris (<i>the Identity and Experiences Scale</i>) ke Bahasa Norwegia sesuai dengan protokol terjemahan WHO	A mixed-method study dengan pembentukan empat kelompok fokus dan survei pos	Instrumen <i>the Identity and Experiences Scale</i> . 141 orang berpartisipasi dari sebuah PT perawat di Oslo, sebuah komunitas lansia di timur laut Norwegia, dan sebuah organisasi komunitas	Sejumlah tantangan semantik dalam kaitannya dengan interpretasi dan pemahaman tentang makna dan penggunaan kata-kata dalam Skala Identitas dan Pengalaman ditemukan	Penerjemahan, adaptasi, dan validasi kuesioner atau skala untuk praktik dan penelitian sangat memakan waktu dan memerlukan perencanaan yang cermat serta adopsi pendekatan metodologi yang ketat untuk memperoleh ukuran yang dapat diandalkan dan valid dari konsep minat dalam populasi sasaran

			pensiunan di Norwegia tenggara		
(Ramos et al., 2020)	Studi ini berusaha menerjemahkan Cornell Assessment of Pediatric Delirium dari bahasa Inggris ke dalam bahasa Portugis Brasil dan secara lintas budaya mengadaptasinya untuk digunakan di Brasil.	<i>Translation and cross-cultural adaptation</i>	Instrumen Cornell Assessment of Pediatric Delirium	Terjemahan dan adaptasi lintas budaya dari <i>Cornell Assessment of Pediatric Delirium</i> mengikuti rekomendasi internasional. Masalah linguistik dan semantik yang muncul selama proses dibahas oleh panel ahli, yang dengan suara bulat menyetujui sedikit modifikasi. Selama pretesting, <i>Cornell Assessment of Pediatric Delirium</i> diberikan kepada 30 anak yang memenuhi syarat, dua kali sehari; versi terakhir mudah dimengerti, dapat diselesaikan dengan cepat, dan menunjukkan koefisien korelasi antar penilai yang tinggi (0,955).	Terjemahan <i>Cornell Assessment of Pediatric Delirium</i> ke dalam bahasa Portugis Brasil dan adaptasi lintas budayanya berhasil dan mempertahankan sifat linguistik dan semantik dari instrumen aslinya. Penilaian Cornell tentang <i>Pediatric Delirium</i> terbukti mudah dipahami dan dapat diselesaikan dengan cepat. Studi tambahan diperlukan untuk menguji validitas dan sifat psikometrik versi ini di Brasil.
(Sousa & Rojjanasrirat, 2011)	Untuk meninjau rekomendasi yang diterbitkan dari validasi lintas budaya instrumen dan skala, dan untuk mengusulkan dan menyajikan pedoman yang jelas dan mudah digunakan untuk terjemahan, adaptasi dan validasi instrumen atau skala untuk lintas budaya	<i>Translation, adaptation and cross-cultural validation</i>	Instrumen atau skala dalam riset perawatan kesehatan	Rekomendasi diringkas dan dimasukkan ke dalam pedoman tujuh langkah. <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Forward translation or one-way translation</i> 2. <i>Comparison of the two translated versions of the instrument</i> 3. <i>Blind back-translation</i> 4. <i>Comparison of the two back-translated versions of the instrument</i> 5. <i>Pilot testing of the pre-final version</i> 6. <i>Preliminary psychometric testing with a bilingual sample</i> 7. <i>Full psychometric testing in a sample of the target population</i> 	Penerjemahan, adaptasi dan validasi instrumen atau skala untuk penelitian lintas budaya sangat memakan waktu dan membutuhkan perencanaan yang cermat dan adopsi pendekatan metodologis yang ketat untuk mendapatkan ukuran yang dapat diandalkan dan valid dari konsep minat dalam populasi sasaran.

Lampiran 5

Permohonan menjadi Partisipan

Assalamu 'alaikum wr. wb.

Rekan Sejawat yg terhormat,

Jika Anda adalah perawat baru di RS atau puskesmas dengan masa kerja 6 bulan - 3 tahun, mohon kesediaan meluangkan waktunya 10-15 menit utk mengisi kuesioner berikut

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScTk1zgFIZ6PAIpBxWbWeWYHtWoCgMRYvZTqtfNVFP41z9jZQ/viewform?usp=sf_link

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui nilai validitas dan reabilitas instrumen keselamatan pasien yang telah kami translasi dan adaptasi ke dalam versi Indonesia utk dapat digunakan pada perawat baru yg teregistrasi.

Penelitian ini telah mendapatkan rekomendasi etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar dengan nomor: 00750 / KEPK-PTKMKS/ XI /2020 dan juga mendapatkan ijin penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Bidang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Pemprov. Sulawesi Selatan dengan nomor: 7564/S.01/PTSP/2020.

Penelitian ini tdk akan merugikan rekan sejawat sbg responden, keluarga ataupun instansi tempat bekerja. Semua informasi yg diberikan akan dirahasiakan dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian semata.

Atas partisipasinya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami

Tim peneliti

Lampiran 6

Instrumen Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety (Li et al., 2012)

No	Item	Rating scale				
		1	2	3	4	5
1	Demographic characteristics 1. Gender 2. Level					
2	What is your level of knowledge regarding: 1. Different types of medical error? 2. Factors contributing to medical error? 3. Factors influencing patient safety? 4. Ways of speaking up about error? 5. What should happen if an error is made? 6. How to report an error? 7. Overview of mechanism for learning from error?					
3	Knowledge of actions to take 1. I would know what to say if I made an error 2. I would know who to talk to if I made an error. 3. I would know what to do if someone in my healthcare team made an error. 4. I would know what to do if I witnessed someone more than me making an error. 5. I would know what to do/say if a patient told me I had made an error. 6. If I made an error, I would want to discuss it with someone.					
4	Personal attitudes to patient safety 1. Afraid 2. Ashamed 3. Guilty 4. Upset					
5	Feelings about making errors 1. It is impossible to provide safe, high-quality care while being efficient. 2. If I keep learning from my mistakes, I can prevent incidents. 3. Acknowledging and dealing with my errors is an important part of my job. 4. Making errors in medicine is inevitable. 5. Competent physicians do not make medical errors that lead to patient harm.					

-
6. After an error occurs, an effective way is to work harder to be more careful.
 7. As a medical student, I feel I can speak up if I see error.
 8. As a medical student, it is my duty to speak up if I see error.
-

6 Your intentions regarding patient safety

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

Keterangan:

- a. Bagian 1: Karakteristik demografis, termasuk sekolah kedokteran, jenis kelamin, dan tingkat .
- b. Bagian 2: Pengetahuan tentang kesalahan medis (7 item).
- c. Bagian 3: Apa yang harus saya lakukan ketika terjadi kesalahan medis (6 item).
- d. Bagian 4: Perasaan tentang membuat kesalahan (4 item), termasuk takut, malu, bersalah, dan kesal.
- e. Bagian 5: Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien (8 item).
- f. Bagian 6: Niat Anda tentang keselamatan pasien (4 item), untuk mengukur pendapat siswa tentang cara menangani kesalahan medis.
 - Semua item dalam bagian 2 - 6 dikembangkan berdasarkan Skala 5-Likert.
 - Item dalam bagian 2 – 3 dinilai dari *low* ke *high*:
 - Sementara bagian 4 - 6 memiliki jawaban mulai dari “*strongly disagree*” hingga “*strongly agree*”.

Lampiran 7

Rekomendasi Etik dari Program Studi Magister Ilmu Keperawatan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245 Lantai 5 Fakultas Kesehatan
Telp. 0411-586296, Fax. 586296 email: keperawatan@unhas.ac.id

Nomor : 4381/UN4.18.B/PT.01.04/2020

Makassar, 15 Agustus 2020

Lamp :-

Hal : *Rekomendasi Etik.*

Yth. Ketua Komisi Etik Poltekkes Kemenkes
di-
Makassar

Dengan hormat kami sampaikan bahwa mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang tersebut dibawah ini :

Nama : Yustiwati, S.Kep.,Ns.
Nomor Pokok : R012181035
Program Pendidikan : Magister (S2)
Program Studi : Keperawatan

bermaksud melakukan penelitian dalam rangka persiapan penulisan tesis dengan judul "*Translasi dan Adaptasi Instrumen Medical Students Questionnaire Of Knowledge, Skill and Attitudes Regarding Patient Safety Versi Indonesia untuk New Graduate Registered Nurses*".

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon kebijaksanaan Bapak/Ibu kiranya berkenan memberi izin persetujuan etik penelitian dengan menggunakan data sekunder.

Atas perkenan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Ketua Program Studi,

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



Lampiran 8

**Rekomendasi Etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik
Kesehatan Makassar**



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLITEKNIK KESEHATAN MAKASSAR
HEALTH POLYTECHNIC MAKASSAR**

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
RECOMMENDATIONS FOR APPROVAL OF ETHICS
"ETHICAL APPROVAL"**

No. : 00750 / KEPK-PTKMKS/ XI /2020

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar dalam upaya melindungi hak asasi manusia subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti dan seksama protokol yang berjudul :

The Ethics Commission of the Health Polytechnic Makassar, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"Translasi dan Adaptasi Instrumen Medical Students Questionnaire of Knowledge, Skills, and Attitudes regarding Patient Safety Versi Indonesia untuk New Graduate Registered Nurses (NGRNs)"

Peneliti Utama : Yusriawati
Principal Investigator

Nama Institusi : Megister Keperawatan Universitas Hasamuddin Makassar
Name of the Institution

Telah menyetujui protokol tersebut di atas
Approved the above-mentioned protocol

Makassar 12 November 2020

Dr. Ruddy Hartono, SKM, M.Kes
NIP. 19700613 199803 1 002

Lampiran 9

Ijin Penelitian dari Bidang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan
Pemprov. Sulawesi Selatan



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 7564/S.01/PTSP/2020
Lampiran : 1 (satu) Lembar
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Terlampir

di-
Tempat

Berdasarkan surat Dekan PPs Ilmu Keperawatan Fak. Keperawatan UNHAS Makassar Nomor : 5534/UN4.18.1/PT.01.04/2020 tanggal 14 Oktober 2020 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : YUSRIAWATI
Nomor Pokok : R012181035
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S2)
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Tesis, dengan judul :

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

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 26 Oktober s/d 26 November 2020

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Dokumen ini ditandatangani secara elektronik dan Surat ini dapat dibuktikan keasliannya dengan menggunakan barcode.

Demikian surat izin penelitian ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diberikan di Makassar
Pada tanggal : 19 Oktober 2020

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

Dr. JAYADI NAS, S.Sos., M.Si
Pangkat : Pembina Tk.I
Np : 19710601 199803 1 004

Tembusan Yth
1. Dekan PPs Ilmu Keperawatan Fak. Keperawatan UNHAS Makassar @ Makassar
2. Penerima

SAMP PTSP 20-10-2020



Jl. Bougainville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : <http://smap.sulselprov.go.id> Email : ptsp@sulselprov.go.id
Makassar 50251



Lampiran 10

Hasil *Forward Translation* dan review

Penerjemah I Bidang Kesehatan	Penerjemah II Bidang Non Kesehatan	Penerjemah III Bidang Kesehatan
<p>A. Bagaimana level pengetahuan Anda tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perbedaan tipe kesalahan medis (<i>medical error</i>)? 2. Faktor-faktor yang berperan terhadap terjadinya kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara-cara menyampaikan kesalahan? 5. Apa yang seharusnya terjadi jika sebuah kesalahan dilakukan? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan? 7. Gambaran tentang mekanisme belajar dari kesalahan? 	<p>A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda mengenai:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berbagai jenis kesalahan medis? 2. Faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor yang memengaruhi keselamatan pasien? 4. Bagaimana cara mengungkapkan kesalahan? 5. Apa yang akan terjadi jika terjadi kesalahan? 6. Bagaimana cara melaporkan kesalahan? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan? 	<p>A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis-jenis kesalahan medis? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara mengungkapkan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?
<p>B. Pengetahuan tentang tindakan yang akan diambil</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Saya tahu apa yang perlu saya katakan jika saya melakukan kesalahan 9. Saya tahu harus berbicara dengan siapa jika saya melakukan kesalahan 10. Saya tahu apa yang perlu saya lakukan jika seseorang dari tim saya melakukan kesalahan 11. Saya tahu apa yang perlu saya lakukan jika saya menyaksikan seseorang melakukan kesalahan 	<p>B. Pengetahuan mengenai tindakan yang harus dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan. 9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan. 10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang di tim perawatan kesehatan saya melakukan kesalahan. 11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan seseorang selain saya melakukan kesalahan. 	<p>B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis 9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis. 10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis. 11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan seseorang selain saya melakukan kesalahan medis.

12. Saya tahu apa yang perlu saya lakukan atau katakan jika pasien mengatakan bahwa saya telah melakukan kesalahan	12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika seorang pasien memberi tahu bahwa saya telah melakukan kesalahan.	12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.
13. Jika saya melakukan kesalahan, saya akan mendiskusikannya dengan seseorang	13. Jika saya melakukan kesalahan, saya ingin membicarakannya dengan seseorang.	13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin membicarakannya dengan seseorang.
C. Perasaan karena melakukan kesalahan	C. Perasaan ketika melakukan kesalahan	C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis
14. Takut	14. Takut	14. Takut
15. Malu	15. Malu	15. Malu
16. Merasa bersalah	16. Bersalah	16. Merasa bersalah
17. Kecewa	17. Kecewa	17. Kecewa
D. Perilaku personal terhadap keselamatan pasien	D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien	D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien
18. Tidak mungkin untuk memberikan pelayanan yang aman dan berkualitas tinggi dengan tetap berusaha untuk efisien	18. Tidak mungkin memberikan perawatan yang aman dan bermutu tinggi secara efisien.	18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.
19. Jika saya terus belajar terhadap kesalahan saya, saya bisa mencegah terjadinya insiden	19. Jika saya terus belajar dari kesalahan saya, saya dapat mencegah insiden.	19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.
20. Berusaha untuk selalu mengakui dan mengatasi kesalahan-kesalahan yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya	20. Mengakui dan menerima kesalahan saya merupakan bagian penting dari pekerjaan saya.	20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.
21. Melakukan kesalahan dalam dunia medis adalah sesuatu yang tidak bisa dihindari	21. Melakukan kesalahan dalam kedokteran tidak bisa dihindari.	21. Melakukan kesalahan medis dalam kedokteran merupakan hal yang tidak bisa dihindari.
22. Dokter yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang bisa membahayakan pasien	22. Dokter yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.	22. Dokter yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.
23. Setelah kesalahan terjadi, salah satu cara yang efektif adalah dengan bersungguh-sungguh untuk lebih berhati-hati	23. Setelah terjadi kesalahan, cara yang efektif adalah bekerja keras agar lebih berhati-hati.	23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.
24. Sebagai peserta didik, saya merasa bisa mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan	24. Sebagai mahasiswa kedokteran, saya merasa dapat mengungkapkan kesalahan jika saya melihat kesalahan.	24. Sebagai mahasiswa kedokteran, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.
	25. Sebagai mahasiswa kedokteran, saya wajib mengungkapkan kesalahan jika saya melihat kesalahan	

<p>25. Sebagai peserta didik, sudah menjadi bagian dari tugas saya untuk mengungkapkan kesalahan yang terjadi jika saya melihatnya</p>		<p>25. Sebagai mahasiswa kedokteran, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis</p>
<p>E. Harapan Anda terhadap keselamatan pasien</p> <p>26. Saya bertekad untuk mengkomunikasikan dengan jelas ekspektasi saya tentang <i>safety</i> dengan seluruh anggota tim saya</p> <p>27. Saya akan mendukung anggota tim yang terlibat dalam sebuah insiden</p> <p>28. Saya akan turut serta kapan pun saya merasa bahwa seorang pasien terekspos dengan sesuatu yang membahayakan</p> <p>29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan yang dilakukan oleh orang lain</p>	<p>E. Tujuan Anda sehubungan dengan keselamatan pasien</p> <p>26. Saya berniat untuk menyampaikan ekspektasi keselamatan saya dengan jelas kepada anggota tim perawatan kesehatan saya.</p> <p>27. Saya akan mendukung setiap anggota tim perawatan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden.</p> <p>28. Saya akan ikut campur tangan setiap kali saya pikir seorang pasien dalam kondisi bahaya.</p> <p>29. Saya ingin belajar dari kesalahan orang lain</p>	<p>E. Niat Anda tentang keselamatan pasien</p> <p>26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas ekspektasi saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.</p> <p>27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.</p> <p>28. Saya akan ikut campur setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.</p> <p>29. Saya berencana untuk membuat catatan pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.</p>

Lampiran 11

Hasil *Blind-Back Translation Review*

Original Instrument	Forward Translation Review	Back Translation 1	Back Translation 2	Review Komite Expert	Pre Final Target Language (Konteks Keperawatan)
A. What is your level of knowledge regarding: 1. Different types of medical error? 2. Factors contributing to medical error? 3. Factors influencing patient safety? 4. Ways of speaking up about error? 5. What should happen if an error is made? 6. How to report an error? 7. Overview of mechanism for learning from error?	A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang: 1. Jenis-jenis kesalahan medis ? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara mengungkapkan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?	A. What is your level of knowledge about: 1. The types of medical errors? 2. The factors causing medical errors? 3. The factors that affect the safety of patients? 4. How to expose medical errors? 5. What to do if medical error happens? 6. How to report medical errors? 7. An overview of the learning mechanism from medical errors?	A. What is your knowledge level about: 1. Types of medical errors? 2. Factors causing medical errors? 3. Factors that affect patient safety? 4. How to disclose medical errors? 5. What you have to do when there is a medical error? 6. How to report medical errors? 7. General knowledge about mechanism how to learn from medical errors?	1. Ok 2. Ok 3. Ok 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Ok 6. Ok 7. Ok	A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang: 1. Jenis-jenis kesalahan medis ? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?
B. Knowledge of actions to take 8. I would know what to say if I made an error 9. I would know who to talk to if I made an error.	B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis	B. Knowledge of action to be taken: 8. I know what to say if I have made a medical error. 9. I know who to talk to if I have made a medical error.	B. Knowledge about the action to be taken 8. I know what I have to say when I commit a medical error.	8. Ok 9. Ok 10. Ok 11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika	B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis 9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya

10. I would know what to do if someone in my healthcare team made an error.	9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis.	10. I know what to do if someone in my Healthcare team makes a medical error.	9. I know whom I have to talk to when I commit a medical error.	saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis	melakukan kesalahan medis.
11. I would know what to do if I witnessed someone more than me making an error.	10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis.	11. I know what to do if I witness someone other than me commits a medical error.	10. I know what has to be done when a member of my healthcare team commits a medical error.	12. Ok	10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis.
12. I would know what to do/say if a patient told me I had made an error.	11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan seseorang selain saya melakukan kesalahan medis.	12. I know what I should do/for example, if a patient tells me that I have made a medical error.	11. I know what has to be done when I witness another person committing a medical error.	13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang	11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis.
13. If I made an error, I would want to discuss it with someone.	12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.	13. If I have made a medical error, I would like to discuss the matter with someone.	12. I know what has to be done/said if a patient tells me I have committed a medical error.		12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.
	13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin membicarakannya dengan seseorang		13. If I commit a medical error, I want to discuss it with someone.		13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang.
C. Feelings about making errors	C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis	C. Feelings about committing medical errors	C. Feelings when you commit a medical error		C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis
14. Afraid	14. Takut	14. Afraid	14. Afraid	14 Ok	14. Takut
15. Ashamed	15. Malu	15. Ashamed	15. Ashamed	15 Ok	15. Malu
16. Guilty	16. Merasa bersalah	16. Feeling Guilty	16. Feeling guilty	16 Ok	16. Merasa bersalah
17. Upset	17. Kecewa	17. Disappointed	17. Disappointed	17 Jengkel	17. Jengkel
D. Personal attitudes to patient safety	D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien	D. Personal attitude towards the safety of patients	D. Personal behaviour towards patient safety		D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien
18. It is impossible to provide safe, high-	18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi	18. It is impossible to provide high-quality	18. It is impossible to provide high quality	18. Ok	18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu
				19. Ok (Jika saya terus belajar dari	

<p>quality care while being efficient.</p> <p>19. If I keep learning from my mistakes, I can prevent incidents.</p> <p>20. Acknowledging and dealing with my errors is an important part of my job.</p> <p>21. Making errors in medicine is inevitable.</p> <p>22. Competent physicians do not make medical errors that lead to patient harm.</p> <p>23. After an error occurs, an effective way is to work harder to be more careful.</p> <p>24. As a medical student, I feel I can speak up if I see error.</p> <p>25. As a medical student, it is my duty to speak up if I see error.</p>	<p>dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.</p> <p>19. Jika saya terus belajar dari kesalahan yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.</p> <p>20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.</p> <p>21. Melakukan kesalahan medis dalam kedokteran merupakan hal yang tidak bisa dihindari.</p> <p>22. Dokter yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.</p> <p>23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.</p> <p>24. Sebagai mahasiswa kedokteran, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p> <p>25. Sebagai mahasiswa kedokteran, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p>	<p>health service and secure while trying to be efficient.</p> <p>19. If I continue to study on the medical errors that I have committed, I can prevent the patient-safety incidents.</p> <p>20. Admitting and accepting the medical errors that I have committed is an important part of my duty.</p> <p>21. Committing medical errors in medicine is something that cannot be avoided.</p> <p>22. A competent doctor does not commit medical errors that may endanger the patients.</p> <p>23. After a medical error has occurred, it is effective to try harder to be more careful.</p> <p>24. As a medical student, I felt I could disclose it if I see a medical error.</p> <p>25. As a medical student, it is my duty</p>	<p>and safe service while trying to remain efficient.</p> <p>19. If I continue learning from my medical errors, I can prevent patient safety incidents.</p> <p>20. Admitting and accepting my medical errors is an important part of my duty.</p> <p>21. Committing medical errors is something that cannot be avoided.</p> <p>22. A competent doctor does not commit medical errors that put patients at risk.</p> <p>23. After committing a medical error, one should try harder to be more careful.</p> <p>24. As a medical student, I feel I have to reveal a medical error if I have seen it.</p> <p>25. As a medical student, I must reveal a medical error if I have seen it.</p>	<p>kesalahan yang saya lakukan, saya dapat mencegah terjadinya insiden pada pasien)</p> <p>20. Ok (Mengakui dan menerima kesalahan yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya)</p> <p>21. Ok (Melakukan kesalahan praktik dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari)</p> <p>22. Ok (Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan praktik yang membahayakan pasien)</p> <p>23. Ok (Setelah terjadi kesalahan, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati)</p>	<p>tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.</p> <p>19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.</p> <p>20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.</p> <p>21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari.</p> <p>22. Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.</p> <p>23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.</p> <p>24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p> <p>25. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p>
--	--	---	--	---	---

			to disclose it if I see a medical error.		24. Ok 25. Ok	
E. Your intentions regarding patient safety	E. Niat Anda tentang keselamatan pasien.	E. Your intention for Safety of the Patients.	E. Your intentions for patient safety			E. Niat Anda tentang keselamatan pasien.
26. I intend to clearly communicate my safety expectations to members of my healthcare team(s).	26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas ekspektasi saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.	26. I intend to clearly convey my expectations for safety of the patient to the members of my healthcare team.	26. I intend to clearly explain my expectations about patient safety to my healthcare team members.	26. Ekspektasi (KBBI/Harapan)		26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas ekspektasi saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.
27. I will support any members of my healthcare team who are involved in an incident.	27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.	27. I will support any member of my healthcare team who is involved in a patient safety incident.	27. I will support any member of my healthcare team who is involved in patient safety incident.	27. Ok		27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.
28. I will intervene whenever I think a patient may be exposed to harm.	28. Saya akan ikut campur setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.	28. I will get involved whenever I feel a patient is in a potentially dangerous condition.	28. I would step in whenever I felt a patient was in potentially dangerous condition.	28. Ikut campur (Mengintervensi)		28. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.
29. I plan to make a point of learning from the mistakes of others	29. Saya berencana untuk membuat catatan pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.	29. I plan to keep a study record of the medical mistakes made by other people.	29. I plan to keep notes from other people's medical errors	29. Catatan pembelajaran (Poin pembelajaran)		29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain

Lampiran 12

Proses Evaluasi Instrumen pada Uji Pilot

Instrumen Uji Pilot pada 10 NGRNs	Hasil Evaluasi Partisipan dan Penilai	Hasil Evaluasi Komite <i>Expert</i>	Instrumen Versi Pra Final untuk Uji Psikometrik
<p>A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis-jenis kesalahan medis? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis? 	<p>A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis-jenis kesalahan medis? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis? 	<p>A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis-jenis kesalahan medis? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis? 	<p>A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis-jenis kesalahan medis? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?
<p>B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis 9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis. 10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis. 	<p>B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis 9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis. 10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis. 	<p>B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis 9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis. 10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis. 	<p>B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis 9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis. 10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis.

<p>11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis.</p> <p>12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.</p> <p>13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang.</p>	<p>11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis.</p> <p>12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.</p> <p>13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang.</p>	<p>11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis.</p> <p>12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.</p> <p>13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang.</p>	<p>11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis.</p> <p>12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.</p> <p>13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang.</p>
<p>C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis</p> <p>14. Takut</p> <p>15. Malu</p> <p>16. Merasa bersalah</p> <p>17. Jengkel</p>	<p>C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis</p> <p>14. Takut</p> <p>15. Malu</p> <p>16. Merasa bersalah</p> <p>17. Jengkel</p>	<p>C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis</p> <p>14. Takut</p> <p>15. Malu</p> <p>16. Merasa bersalah</p> <p>17. Jengkel</p>	<p>C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis</p> <p>14. Takut</p> <p>15. Malu</p> <p>16. Merasa bersalah</p> <p>17. Jengkel</p>
<p>D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien</p> <p>18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.</p> <p>19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.</p> <p>20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.</p> <p>21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari.</p> <p>22. Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.</p>	<p>D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien</p> <p>18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien.</p> <p>19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.</p> <p>20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.</p> <p>21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari.</p> <p>22. Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.</p>	<p>D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien</p> <p>18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien.</p> <p>19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.</p> <p>20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.</p> <p>21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari.</p> <p>22. Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.</p>	<p>D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien</p> <p>18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien.</p> <p>19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.</p> <p>20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.</p> <p>21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari.</p> <p>22. Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.</p>

<p>23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.</p> <p>24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p> <p>25. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p>	<p>23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.</p> <p>24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p> <p>25. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p>	<p>23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.</p> <p>24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p> <p>25. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p>	<p>23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.</p> <p>24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p> <p>25. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p>
<p>E. Niat Anda tentang keselamatan pasien.</p> <p>26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas ekspektasi saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.</p> <p>27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.</p> <p>28. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.</p> <p>29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.</p>	<p>E. Niat Anda tentang keselamatan pasien.</p> <p>26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas ekspektasi saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.</p> <p>27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.</p> <p>28. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.</p> <p>29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.</p>	<p>E. Niat Anda tentang keselamatan pasien.</p> <p>26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas ekspektasi saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.</p> <p>27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.</p> <p>28. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.</p> <p>29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.</p>	<p>E. Niat Anda tentang keselamatan pasien.</p> <p>26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas ekspektasi saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.</p> <p>27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.</p> <p>28. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.</p> <p>29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.</p>

Lampiran 13

Hasil Evaluasi Uji Pilot

Instrumen Uji Pilot	Hasil Penilaian “Jelas” 10 NGRNs (Standar $\geq 80\%$)	Hasil Evaluasi Pertama
A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis-jenis kesalahan medis? 2. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis? 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien? 4. Cara menyampaikan kesalahan medis? 5. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis? 6. Bagaimana melaporkan kesalahan medis? 7. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis? 	A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang: <ol style="list-style-type: none"> 1. 80 2. 90 3. 100 4. 100 5. 100 6. 100 7. 90 	A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang:
B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan <ol style="list-style-type: none"> 8. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis 9. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis. 10. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis. 11. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis. 12. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis. 13. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang. 	B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan <ol style="list-style-type: none"> 8. 100 9. 100 10. 100 11. 100 12. 100 13. 100 	B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan
C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis <ol style="list-style-type: none"> 14. Takut 15. Malu 16. Merasa bersalah 17. Jengkel 	C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis <ol style="list-style-type: none"> 14. 70 15. 70 16. 100 17. 60 	C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis <ol style="list-style-type: none"> 14. 100 15. 100 17. 90

<p>D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien</p> <p>18. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman sambil berusaha agar tetap efisien.</p> <p>19. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.</p> <p>20. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.</p> <p>21. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari.</p> <p>22. Perawat yang kompeten tidak melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.</p> <p>23. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.</p> <p>24. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p> <p>25. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.</p>	<p>D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien</p> <p>18. 60</p> <p>19. 90</p> <p>20. 100</p> <p>21. 80</p> <p>22. 70</p> <p>23. 100</p> <p>24. 100</p> <p>25. 100</p>	<p>D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien</p> <p>18. 90</p> <p>22. 90</p>
<p>E. Niat Anda tentang keselamatan pasien</p> <p>26. Saya berniat menyampaikan dengan jelas ekspektasi saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.</p> <p>27. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.</p> <p>28. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.</p> <p>29. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.</p>	<p>E. Niat Anda tentang keselamatan pasien</p> <p>26. 100</p> <p>27. 90</p> <p>28. 100</p> <p>29. 90</p>	<p>E. Niat Anda tentang keselamatan pasien</p>

Lampiran 14

Master Tabel *Full Psychometric Testing*

No	TEST 1																												TOT	
	A. Bagaimana tingkat pengetahuan Anda tentang							B. Pengetahuan tentang tindakan yang harus dilakukan						C. Perasaan tentang melakukan kesalahan medis				D. Sikap pribadi terhadap keselamatan pasien					E. Niat Anda tentang keselamatan pasien							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		29
1	2	2	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	100
2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	84
3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	97
4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	2	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	103
5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	5	4	124
6	3	3	4	3	3	3	4	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	95
7	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	5	5	3	4	4	3	4	4	3	5	4	3	3	4	3	4	3	4	106
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	88
9	2	2	3	3	4	4	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	89
10	3	3	3	3	3	2	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	90
11	3	3	3	4	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	83
12	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	89
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	88
14	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	4	3	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	88
15	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	106
16	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	99
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87
18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	106

19	3	3	3	3	3	3	3	5	5	3	4	5	5	5	4	3	3	3	3	3	3	4	5	5	4	5	4	5	4	111
20	3	4	4	3	4	4	3	3	5	5	5	5	2	3	5	5	4	2	5	3	2	5	3	3	5	3	5	3	5	111
21	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	89
22	2	2	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	108
23	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	108
24	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	78
25	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	108
26	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	106
27	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	113
28	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	62
29	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	110
30	2	2	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	3	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	128
31	3	2	4	3	3	3	4	3	2	2	3	3	4	3	3	2	3	2	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	86
32	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	68
33	3	3	2	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	91
34	2	3	2	1	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	109
35	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	81
36	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	72
37	3	3	5	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	90
38	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	116
39	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	108
40	3	3	1	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	130
41	3	3	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	100
42	1	1	1	1	3	3	3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	2	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	112
43	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87
44	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	101

45	1	1	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	3	4	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	127	
46	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	64
47	2	2	3	1	2	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	99
48	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	114
49	3	3	4	3	4	5	4	4	5	3	4	3	4	4	4	3	4	5	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	111
50	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	108
51	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	84
52	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	99
53	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	85
54	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	112
55	1	1	3	1	2	1	3	3	2	2	3	2	4	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	72
56	4	4	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	80
57	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	4	3	103	
58	1	2	3	2	1	4	3	3	3	3	2	2	4	3	2	3	4	3	3	3	4	2	3	3	2	3	2	3	2	78	
59	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	89
60	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	95
61	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	95
62	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87
63	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87
64	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	86
65	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	104	
66	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	115
67	3	2	2	4	2	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	127
68	2	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	110
69	3	2	2	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	89
70	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87

71	4	4	3	4	4	5	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	114
72	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	89
73	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87
74	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87
75	4	3	5	3	3	2	2	4	5	3	4	4	3	4	4	3	2	3	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	101
76	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	50
77	3	3	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	82
78	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32
79	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	105
80	4	1	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	3	5	3	4	2	4	4	5	3	3	5	5	3	5	3	5	3	115
81	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	2	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	100
82	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	100
83	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	108
84	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	58
85	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	88
86	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	112
87	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	72
88	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	107
89	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	89
90	2	3	2	2	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	105
91	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	98
92	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	98
93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	32
94	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	74
95	1	1	2	1	1	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	94
96	1	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	68

97	2	2	2	3	4	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	104
98	4	3	2	2	3	3	2	3	4	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	75
99	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	92
100	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	89
101	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	107
102	3	3	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	82
103	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	87
104	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62
105	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87
106	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	114
107	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	105
108	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	89
109	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	4	3	103

Lampiran 15

Hasil SPSS

Distribusi Karakteristik Responden Uji Psikometrik Penuh

Statistics

		Jenis Kelamin	Umur (Tahun)	Pendidikan Terakhir	Tempat Kerja	Masa Kerja	Kepemilikan STR
N	Valid	109	109	109	109	109	109
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,60	2,03	2,26	1,77	2,07	1,00
Median		2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00
Std. Deviation		,493	,164	,498	,422	,868	,000
Minimum		1	2	1	1	1	1
Maximum		2	3	3	2	3	1

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	44	40,4	40,4	40,4
	2	65	59,6	59,6	100,0
Total		109	100,0	100,0	

Umur (Tahun)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	106	97,2	97,2	97,2
	3	3	2,8	2,8	100,0
Total		109	100,0	100,0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	2,8	2,8	2,8
	2	75	68,8	68,8	71,6
	3	31	28,4	28,4	100,0
Total		109	100,0	100,0	

Tempat Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	25	22,9	22,9	22,9
	2	84	77,1	77,1	100,0
Total		109	100,0	100,0	

Masa Kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	37	33,9	33,9	33,9
2	27	24,8	24,8	58,7
3	45	41,3	41,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Kepemilikan STR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	109	100,0	100,0	100,0

Analisis Uji Construct Validity

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,891
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	892,887
	df	10
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
A1	1,000	,842
A2	1,000	,829
A3	1,000	,636
A4	1,000	,646
A5	1,000	,703
A6	1,000	,814
A7	1,000	,898
B8	1,000	,981
B9	1,000	,807
B10	1,000	,958
B11	1,000	,990
B12	1,000	,690
B13	1,000	,933
C14	1,000	,981
C15	1,000	,990
C16	1,000	,958
C17	1,000	,679
D18	1,000	,653
D19	1,000	,958

D20	1,000	,898
D21	1,000	,879
D22	1,000	,990
D23	1,000	,981
D24	1,000	,962
D25	1,000	,977
E26	1,000	,948
E27	1,000	,990
E28	1,000	,981
E29	1,000	,990

Extraction Method: Principal Component Analysis.

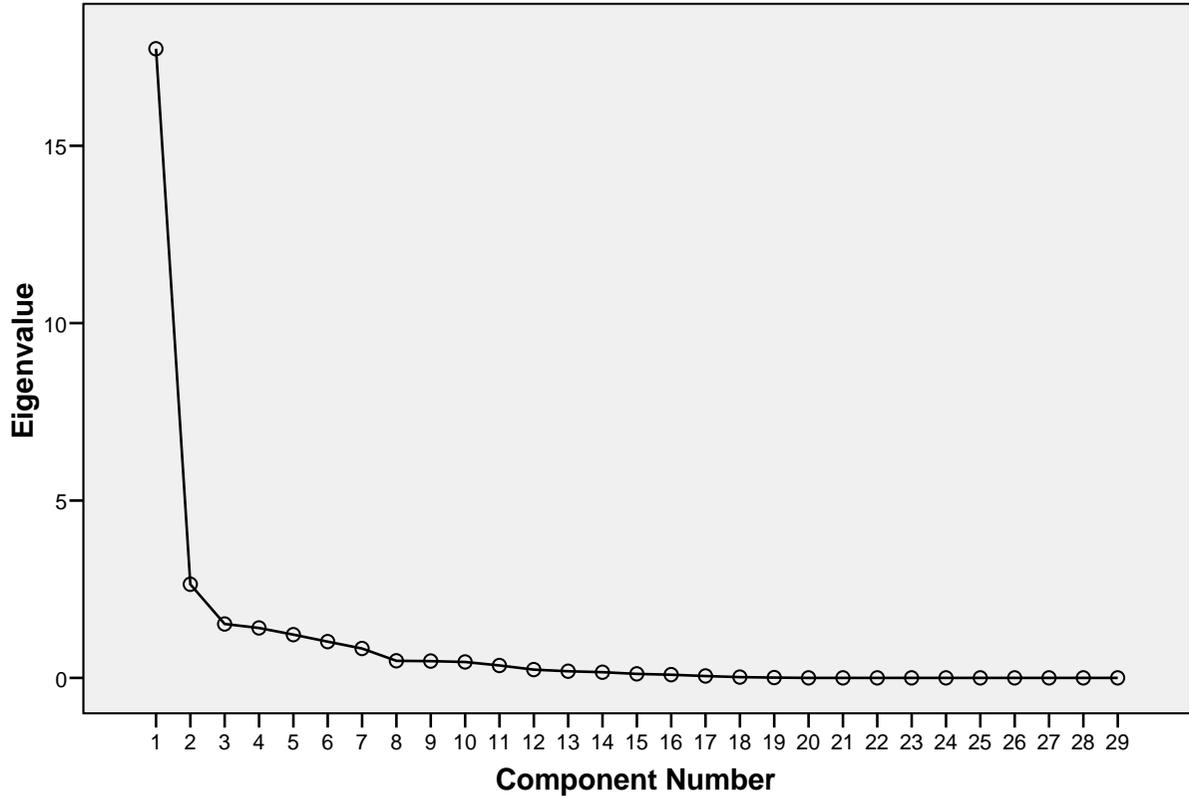
Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	17,735	61,156	61,156	17,735	61,156	61,156	7,938	27,373	27,373
2	2,640	9,102	70,258	2,640	9,102	70,258	7,138	24,615	51,989
3	1,520	5,243	75,501	1,520	5,243	75,501	3,996	13,779	65,767
4	1,408	4,855	80,355	1,408	4,855	80,355	2,590	8,930	74,697
5	1,219	4,203	84,558	1,219	4,203	84,558	2,177	7,506	82,203
6	1,022	3,524	88,082	1,022	3,524	88,082	1,705	5,879	88,082
7	,830	2,861	90,943						
8	,483	1,666	92,608						
9	,474	1,633	94,242						
10	,448	1,546	95,788						
11	,350	1,208	96,996						
12	,232	,801	97,797						
13	,188	,647	98,444						
14	,161	,554	98,999						
15	,115	,395	99,394						
16	,090	,311	99,705						
17	,054	,187	99,891						
18	,023	,081	99,972						
19	,008	,028	100,000						
20	1,18E-015	4,07E-015	100,000						
21	1,31E-016	4,52E-016	100,000						
22	-1,62E-017	-5,57E-017	100,000						
23	-1,12E-016	-3,87E-016	100,000						
24	-1,66E-016	-5,72E-016	100,000						
25	-2,11E-016	-7,27E-016	100,000						
26	-2,30E-016	-7,92E-016	100,000						

27	-2,80E-016	-9,67E-016	100,000					
28	-3,43E-016	-1,18E-015	100,000					
29	-4,14E-015	-1,43E-014	100,000					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix (a)

	Component					
	1	2	3	4	5	6
A1	,270	,748	-,007	-,274	,325	,173
A2	,278	,705	,202	-,129	,360	,260
A3	,345	,542	,046	-,304	,065	-,353
A4	,547	,535	,056	-,129	-,153	-,132
A5	,689	,416	,074	,052	-,180	-,119
A6	,691	,418	,006	,211	-,332	,088
A7	,767	,204	-,110	,276	-,363	-,221
B8	,916	-,073	-,323	-,174	,016	-,035
B9	,857	-,112	-,054	-,161	,064	,163
B10	,871	-,184	,123	-,042	-,180	,340
B11	,913	-,157	,318	,017	,117	-,129
B12	,794	-,163	,125	-,123	,012	-,036
B13	,587	-,011	-,289	,524	,478	-,027
C14	,916	-,073	-,323	-,174	,016	-,035
C15	,913	-,157	,318	,017	,117	-,129
C16	,871	-,184	,123	-,042	-,180	,340
C17	,449	,498	,111	,389	-,111	,231
D18	,706	-,003	-,095	,137	,038	,354
D19	,871	-,184	,123	-,042	-,180	,340
D20	,767	,204	-,110	,276	-,363	-,221
D21	,613	-,009	-,253	,559	,353	-,024
D22	,913	-,157	,318	,017	,117	-,129
D23	,916	-,073	-,323	-,174	,016	-,035
D24	,904	-,068	-,308	-,202	,045	-,034
D25	,910	-,166	,302	,024	,099	-,139
E26	,894	-,082	-,321	-,198	-,005	-,017
E27	,913	-,157	,318	,017	,117	-,129
E28	,916	-,073	-,323	-,174	,016	-,035
E29	,913	-,157	,318	,017	,117	-,129

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 6 components extracted.

Rotated Component Matrix(a)

	Component					
	1	2	3	4	5	6
A1	-,037	,153	,104	,897	,049	,017
A2	,102	-,035	,097	,881	,108	,143
A3	,173	,215	,314	,551	-,119	-,379
A4	,217	,258	,545	,475	-,076	-,059
A5	,341	,268	,627	,341	,065	,031
A6	,222	,248	,741	,258	,114	,274
A7	,314	,373	,787	-,011	,199	,029
B8	,398	,839	,253	,101	,192	,087
B9	,519	,630	,135	,154	,129	,286
B10	,585	,489	,266	,019	,022	,552
B11	,877	,344	,231	,092	,182	,091
B12	,644	,468	,178	,058	,056	,131
B13	,248	,286	,124	,076	,876	,041
C14	,398	,839	,253	,101	,192	,087
C15	,877	,344	,231	,092	,182	,091
C16	,585	,489	,266	,019	,022	,552
C17	,118	-,062	,577	,362	,282	,345
D18	,309	,417	,216	,142	,308	,471
D19	,585	,489	,266	,019	,022	,552
D20	,314	,373	,787	-,011	,199	,029
D21	,263	,265	,228	,024	,824	,085
D22	,877	,344	,231	,092	,182	,091
D23	,398	,839	,253	,101	,192	,087
D24	,405	,833	,221	,126	,181	,076
D25	,866	,352	,243	,071	,182	,084
E26	,382	,837	,240	,092	,157	,101
E27	,877	,344	,231	,092	,182	,091
E28	,398	,839	,253	,101	,192	,087
E29	,877	,344	,231	,092	,182	,091

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 7 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6
1	,625	,588	,384	,165	,224	,195
2	-,312	-,167	,478	,796	-,001	-,113
3	,662	-,651	-,017	,149	-,321	,114
4	-,039	-,450	,386	-,317	,722	,160
5	,174	-,028	-,648	,423	,571	-,211
6	-,204	,007	-,234	,194	-,003	,931

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Analysis *Internal Consistency*

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	109	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	109	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,974	29

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A10	90,87	293,576	,838	,973
A11	90,95	291,748	,888	,972
A12	90,97	294,712	,761	,973
A15	90,95	291,748	,888	,972
A16	90,87	293,576	,838	,973
A19	90,87	293,576	,838	,973
A23	90,95	291,748	,888	,972
A25	90,94	291,727	,883	,972
A27	90,95	291,748	,888	,972
A29	90,95	291,748	,888	,972
B8	90,84	292,003	,894	,972
B9	90,73	292,845	,831	,973
B14	90,84	292,003	,894	,972
B23	90,84	292,003	,894	,972
B24	90,84	292,318	,882	,972
B26	90,82	292,577	,869	,972
B28	90,84	292,003	,894	,972
C4	91,31	300,476	,559	,974
C5	91,18	296,688	,695	,973
C6	91,09	295,917	,695	,973
C7	91,12	295,328	,757	,973
C17	91,20	305,144	,458	,975
C20	91,12	295,328	,757	,973
D1	91,40	308,428	,299	,976
D2	91,44	308,601	,307	,975
D3	91,19	305,990	,356	,975
E13	90,88	301,199	,564	,974
E18	90,99	299,231	,686	,973
E21	90,94	301,468	,593	,974

Analisis Internal Consistency berdasarkan New Component

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,984	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A10	29,81	48,083	,878	,984
A11	29,89	46,969	,966	,981
A12	29,91	48,621	,786	,987
A15	29,89	46,969	,966	,981
A16	29,81	48,083	,878	,984
A19	29,81	48,083	,878	,984
A23	29,89	46,969	,966	,981
A25	29,87	46,983	,959	,981
A27	29,89	46,969	,966	,981
A29	29,89	46,969	,966	,981

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,990	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
B8	20,56	22,212	,992	,986
B9	20,45	23,120	,821	,997
B14	20,56	22,212	,992	,986
B23	20,56	22,212	,992	,986
B24	20,56	22,304	,978	,987
B26	20,53	22,362	,965	,988
B28	20,56	22,212	,992	,986

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,903	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C4	15,52	11,937	,609	,905
C5	15,39	11,260	,748	,884
C6	15,30	10,676	,834	,870
C7	15,33	10,983	,825	,872
C17	15,41	12,634	,575	,907
C20	15,33	10,983	,825	,872

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,762	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
D1	5,86	1,786	,695	,563
D2	5,90	1,925	,656	,614
D3	5,65	2,044	,451	,847

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,851	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E13	6,57	1,692	,805	,706
E18	6,68	2,201	,558	,934
E21	6,62	1,792	,819	,697

Lampiran 16

Instrumen Pengetahuan, Keterampilan, dan Sikap NGRNs tentang Keselamatan Pasien Versi Indonesia

Kami ingin mengetahui tanggapan Anda tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien dari aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap. Pilihan jawaban terdiri dari dua jenis yaitu 1 = “Sangat rendah” sampai 5 = “Sangat tinggi” dan 1 = “Sangat tidak setuju” sampai 5 = “Sangat setuju”. Silahkan pilih angka yang sesuai dengan pengetahuan atau pendapat Anda.

Klp	Pertanyaan	Jawaban
A	Keterampilan interpersonal dan pengambilan keputusan (<i>decision making</i>) dalam kesalahan medis.	
	1. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika seseorang dalam tim pelayanan kesehatan saya melakukan kesalahan medis.	Sangat rendah 1 2 3 4 5 Sangat tinggi
	2. Saya tahu apa yang harus dilakukan jika saya menyaksikan orang lain melakukan kesalahan medis.	Sangat rendah 1 2 3 4 5 Sangat tinggi
	3. Saya tahu apa yang harus dilakukan/katakan jika pasien memberi tahu saya bahwa saya telah melakukan kesalahan medis.	Sangat rendah 1 2 3 4 5 Sangat tinggi
	4. Merasa malu jika melakukan kesalahan medis	Sangat tdk setuju 1 2 3 4 5 Sangat setuju
	5. Merasa bersalah jika melakukan kesalahan medis	Sangat tdk setuju 1 2 3 4 5 Sangat setuju
	6. Jika saya terus belajar dari kesalahan medis yang saya lakukan, saya dapat mencegah insiden keselamatan pasien.	Sangat tdk setuju 1 2 3 4 5 Sangat setuju
	7. Perawat yang kompeten tidak akan melakukan kesalahan medis yang membahayakan pasien.	Sangat tdk setuju 1 2 3 4 5 Sangat setuju
	8. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya wajib mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.	Sangat tdk setuju 1 2 3 4 5 Sangat setuju
	9. Saya akan mendukung setiap anggota dari tim pelayanan kesehatan saya yang terlibat dalam suatu insiden keselamatan pasien.	Sangat tdk setuju 1 2 3 4 5 Sangat setuju
10. Saya berencana untuk membuat poin pembelajaran dari kesalahan medis yang dilakukan oleh orang lain.	Sangat tdk setuju 1 2 3 4 5 Sangat setuju	
B	Sikap konatif (perilaku) jika terjadi kesalahan medis	
11. Saya tahu apa yang harus saya katakan jika saya melakukan kesalahan medis.	Sangat rendah 1 2 3 4 5 Sangat tinggi	

12. Saya tahu harus berbicara kepada siapa jika saya melakukan kesalahan medis.	Sangat rendah					Sangat tinggi
		1	2	3	4	5
13. Merasa takut jika melakukan kesalahan medis	Sangat tdk setuju					Sangat setuju
		1	2	3	4	5
14. Setelah terjadi kesalahan medis, cara yang efektif adalah berusaha lebih keras agar lebih berhati-hati.	Sangat tdk setuju					Sangat setuju
		1	2	3	4	5
15. Sebagai mahasiswa keperawatan, saya merasa saya dapat mengungkapkannya jika saya melihat kesalahan medis.	Sangat tdk setuju					Sangat setuju
		1	2	3	4	5
16. Saya berniat menyampaikan dengan jelas harapan saya terhadap keselamatan pasien pada anggota tim pelayanan kesehatan saya.	Sangat tdk setuju					Sangat setuju
		1	2	3	4	5
17. Saya akan mengintervensi setiap kali saya merasa seorang pasien berada dalam kondisi yang mungkin membahayakan.	Sangat tdk setuju					Sangat setuju
		1	2	3	4	5
C	Bagaimana keterampilan penyelesaian masalah (<i>problem solving</i>) yang Anda miliki					
18. Cara menyampaikan kesalahan medis?	Sangat rendah					Sangat tinggi
		1	2	3	4	5
19. Apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan medis?	Sangat rendah					Sangat tinggi
		1	2	3	4	5
20. Bagaimana cara melaporkan kesalahan medis?	Sangat rendah					Sangat tinggi
		1	2	3	4	5
21. Gambaran umum tentang mekanisme belajar dari kesalahan medis?	Sangat rendah					Sangat tinggi
		1	2	3	4	5
22. Merasa jengkel jika melakukan kesalahan medis	Sangat tdk setuju					Sangat setuju
		1	2	3	4	5
23. Mengakui dan menerima kesalahan medis yang saya lakukan adalah bagian penting dari pekerjaan saya.	Sangat tdk setuju					Sangat setuju
		1	2	3	4	5
D	Tingkat pengetahuan Anda tentang kesalahan medis dan keselamatan pasien					
24. Jenis-jenis kesalahan medis?	Sangat rendah					Sangat tinggi
		1	2	3	4	5
25. Faktor-faktor penyebab kesalahan medis?	Sangat rendah					Sangat tinggi
		1	2	3	4	5
26. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien?	Sangat rendah					Sangat tinggi
		1	2	3	4	5
D	Sikap kognitif (keyakinan, kesadaran) dalam kesalahan medis					
27. Jika saya melakukan kesalahan medis, saya ingin mendiskusikannya dengan seseorang.	Sangat rendah					Sangat tinggi
		1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
28. Tidak mungkin memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dan aman serta berusaha agar tetap efisien.	Sangat tdk setuju			Sangat setuju	
	1	2	3	4	5
29. Melakukan kesalahan medis dalam keperawatan merupakan hal yang tidak bisa dihindari.	Sangat tdk setuju			Sangat setuju	
	1	2	3	4	5