

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Era globalisasi perkembangan bidang ilmu pengetahuan dan teknologi semakin pesat, demikian juga dalam bidang kesehatan dimana penyakit semakin kompleks. Hal ini menyebabkan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin tinggi. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan berfungsi sebagai tempat mendukung upaya kesehatan bagi masyarakat (Kepmenkes No 129 tahun 2008). Rumah sakit mempunyai tanggung jawab memberikan pelayanan yang menjamin *patient safety* selama pasien menjalani perawatan di rumah sakit; hal ini sesuai dengan UU No 44 tahun 2009. Pada pasal 32 UU No 44 tercantum bahwa “pasien mempunyai hak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai standar profesi dan standar prosedur operasional, memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi, memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit”.

Standar *patient safety* yang digunakan adalah KARS 2012 yang mengacu pada standar *Joint Commission International (JCI)* 2011. Standar JCI terhadap *patient safety* terdiri dari enam sasaran yaitu 1) ketepatan identifikasi pasien, 2) peningkatan komunikasi yang efektif, 3) peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, 4) kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, 5) pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan 6) pengurangan resiko pasien jatuh. (KARS, 2011).

Patient safety merupakan tanggung jawab dari seluruh tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit. Hasil laporan studi *Institute of Medicine* di Amerika Serikat tahun 1999 – 2013 rata-rata kematian akibat kesalahan medis yaitu 251.454 merupakan penyebab ketiga kematian, penyebab pertama dan kedua yaitu jantung 611.000 kematian dan kanker 585.000 jumlah kematian. (Martin, Michael, 2016). Berdasarkan Laporan Peta Nasional Insiden *patient safety* Konggres PERSI Sep 2007, kesalahan dalam

pemberian obat menduduki peringkat pertama (24.8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan. (Direktorat Bina Farmasi Komunitas Dan Klinik, 2008).

Menurut Depkes (2008), rumah sakit merupakan tempat yang paling kompleks, terdapat ratusan macam obat, ratusan *test* dan prosedur, dan beragam profesi serta latar belakang sumber daya manusia yang memberikan pelayanan kepada pasien selama 24 jam secara terus menerus. Situasi ini dapat menyebabkan resiko terjadinya kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan oleh karena itu *patient safety* menjadi hal penting untuk dilakukan.

Proporsi jumlah tenaga perawat yang paling besar dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit. (Wong C et al, 2013). Tenaga keperawatan merupakan salah satu profesi yang berfokus kepada pelayanan kesehatan dan bertujuan membantu pasien dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Dalam melakukan tindakan keperawatan setiap hari perawat memiliki resiko tinggi terhadap kesalahan, sehingga perawat memerlukan kewaspadaan dan ketelitian yang tinggi.

Hasil penelitian Angelita Lombogia dan Julia Rottie Michael Karundeng (2016) di IGD RSUP Prof. Dr. D. R. Kandou Manado terhadap 31 orang perawat tentang hubungan perilaku dengan kemampuan perawat dalam melaksanakan *patient safety* di ruang akut Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado menunjukkan identifikasi pasien, resiko infeksi pasien, resiko pasien jatuh terdapat hubungan antara perilaku dengan kemampuan perawat dalam melaksanakan *patient safety*. Jika hal ini tidak ditangani akan menyebabkan kerugian dan ketidakpuasan bagi pasien, rumah sakit, dan bagi perawat, juga menyebabkan komplek pasien meningkat sehingga pasien dan masyarakat kurang percaya terhadap pelayanan rumah sakit. Resiko yang dihadapi oleh rumah sakit adalah menurunnya tingkat kepercayaan kepada rumah sakit sehingga sangat diperlukan kemampuan perawat dalam pelaksanaan *patient safety* sesuai standar. Pelaksanaan *patient safety* yang baik membutuhkan upaya dan kemampuan manajemen keperawatan.

Manajemen adalah bertugas mengatur dan mengarahkan orang lain untuk mencapai tujuan suatu organisasi (Ricky W, 2012). Manajemen keperawatan merupakan suatu proses penyelesaian pekerjaan melalui anggota staf perawat dibawah tanggung jawabnya sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan profesional kepada pasien dan keluarga. (Sitorus R & Panjaitan, 2011). Salah satu fungsi manajemen adalah *controlling*/pengawasan. Menurut Suarli & Bahtiar (2010) *controlling*/ pengawasan adalah suatu proses untuk mengetahui apakah pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan rencana, pedoman, ketentuan, kebijakan, tujuan dan sasaran yang sudah ditentukan. Salah satu peran seorang manajer adalah melakukan supervisi (supervisor), dimana supervisor menduduki jabatan dan tanggung jawab atas pekerjaannya dan pekerjaan orang lain. (Dharma A, 2004).

Kegiatan supervisi dapat dilakukan melalui observasi langsung dan berkala, memberi bantuan, bimbingan / pengajaran, dukungan untuk menyelesaikan pekerjaan. Supervisi dilakukan agar pelaksanaan sesuai kebijakan yang berlaku dan prosedur yang tepat untuk mengembangkan keterampilan baru dan meningkatkan pemahaman. (Sitorus 2011 dan Suarli & Bahtiar 2010).

Menurut Suyanto (2009) supervisi keperawatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan hirarki dan dilakukan sesuai dengan struktur organisasi. Yaitu kepala bidang perawatan terhadap kepala ruangan, kepala ruangan terhadap ketua tim, ketua tim terhadap perawat pelaksana. Langkah pra supervisi adalah supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi, menetapkan tujuan dan kompetensi yang akan dinilai. Pelaksanaan supervisi adalah supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrument yang telah disiapkan; mendapat beberapa hal yang memerlukan pembinaan; memanggil ketua tim dan perawat pelaksana untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi permasalahan; pelaksanaan supervisi dengan observasi, wawancara, mengklarifikasi dan melakukan tanya jawab. Pasca supervisi adalah supervisor memberikan penilaian supervisi; memberikan *feedback* dan klarifikasi; memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan (Nursalam, 2014).

Ketua tim sebagai penanggung jawab pasien harus mengetahui keadaan dan kebutuhan pasien dalam timnya, tergantung pada tingkat ketergantungan pasien dan beban kerja dalam melakukan supervisi terhadap perawat pelaksana (Sitorus R & Panjaitan 2011; Sugiharto, Keliat dan Sri 2014, Marquis & Bessie L, 2010). Dalam melakukan supervisi ketua tim menggunakan berbagai tehnik kepemimpinan, membuat prioritas perencanaan, dan melakukan evaluasi.

Tujuan supervisi klinis membangun profesional percaya diri dan kompeten, kesempatan belajar, meningkatkan efisiensi dan efektivitas, memotivasi perawat menggunakan standar pelayanan, sehingga meminimalkan resiko untuk pasien, pelayanan ditingkatkan melalui penggunaan sistem evaluasi. (HETI, 2012 dan Royal College Of Nursing, 2003).

Prinsip pokok dalam supervisi adalah meningkatkan kinerja bawahan, bukan mencari kesalahan. Hal ini digunakan untuk meningkatkan kinerja bawahan, memberikan bantuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi dan mencari jalan keluar. Supervisi harus bersifat edukatif, positif dan bukan otoriter. (Suarli dan Bahtiar, 2010) agar dapat berperan sesuai dengan konsep supervisi maka seorang supervisor diharapkan mempunyai keterampilan melakukan supervisi sesuai kaidahnya. Untuk itu perlu keterampilan supervisor.

Keterampilan yang perlu dimiliki supervisor adalah : 1) menghargai, cepat tanggap, dapat mengatur waktu; keterampilan pribadi : empati, menghormati, memiliki kejelasan berpikir, menjaga kerahasiaan, sikap memotivasi dan positif, memberikan teladan bagi *supervisee*; 2) keterampilan klinis: keterampilan klinis pengawas harus *up-to-date* dan berbasis bukti, keterampilan mengajar : selalu meningkatkan keterampilan mengajar (HETI, 2012 dan Departement of Health, 2005).

Hambatan dalam supervisi yaitu ketidakhadiran, kaku, intoleransi dan mudah tersinggung, menceritakan bukannya pembinaan, memiliki sikap negatif atau "menyalahkan", tidak mengelola staf dalam kesulitan. Hal ini akan berdampak langsung dan menimbulkan kecemasan terhadap staf, karena

merasa tidak didukung dan tidak dapat mengembangkan keterampilan mereka (HETI, 2012).

Ada beberapa model dalam pelaksanaan supervisi klinis yang dapat digunakan, diantaranya model pertumbuhan dan dukungan, model pendekatan integratif, dan tiga fungsi Proctor interaktif model (Winstanley & Whaite, 2003).

Supervisi klinis model Proctor efektif, meliputi fungsi normatif, fungsi formatif dan fungsi restoratif. Hasil penelitian Brunero & Parbury (2008) di Australia tentang *The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review* : bahwa fungsi restoratif tercatat sedikit lebih sering dari pada fungsi normatif dan formatif. Penelitian lain dalam Wallbank (2013) tentang *maintaining professional resilience through group restorative supervision* dengan hasil penelitian menunjukkan kelompok supervisi berkelanjutan menurunkan tingkat stres ($p = 0.00$), *burnout* ($p = 0,01$), dan meningkatkan tingkat kepuasan ($p = 0.00$).

Menurut Dehghani et al (2016) dalam penelitiannya di Urmia University Iran tentang *Impact of clinical supervision on field training of nursing students at Urmia University of Medical Sciences* menunjukkan bahwa kegiatan supervisi klinis lebih memotivasi mereka untuk belajar. Dan ini sejalan dengan penelitian Cruz et al (2014) tentang *Improving Quality in the Patients' Risk of Fall Evaluation through Clinical Supervision* nilai skoring terhadap resiko pasien jatuh dilakukan verifikasi ada ketidaksesuaian dalam pelaksanaan penggunaan protokol skala jatuh Morse. Penelitian ini merekomendasi agar dilakukan supervisi klinis keperawatan untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan mencegah pasien jatuh. Berdasarkan hasil penelitian Love et al., 2016 tentang *Unscrambling what's in your head": A mixed method evaluation of clinical supervision for midwives* Hasil fase I 60% menambah pengalaman dalam supervisi klinik, fase II dampak positif pada pekerjaan mereka, keterampilan interpersonal, respon situasional dan tujuan karir.

Menurut penelitian Edwards D, Cooper L, Burnard P, Hanningan B, Adams J, Othergill A. & Coyle D (2005) tentang *Factors influencing the*

effectiveness of clinical supervision, bahwa supervisi klinis dievaluasi lebih positif bila pelaksanaan sesi berlangsung selama satu jam, dilakukan satu kali sebulan dan persepsi perawat terhadap kualitas supervisi juga lebih tinggi bagi perawat yang telah memilih supervisor dan berlangsung di tempat kerja.

Supervisi klinik yang efektif dapat mengembangkan kepribadian dan profesionalisme karena adanya hubungan interpersonal. Terlebih lagi, supervisi klinis secara luas dibahas sebagai sarana membantu perawat untuk menghindari kesalahan medis, terkait stres kerja, meningkatkan kesejahteraan dan meningkatkan kinerja klinis akan menyebabkan peningkatan kualitas asuhan keperawatan. (Russell, K.P, 2013).

Teori keperawatan Hildegard E. Peplau adalah teori hubungan interpersonal. Dalam konsep Peplau ada empat tahapan hubungan interpersonal yang saling berkaitan yaitu: (1). Orientasi : merupakan tahap awal dari proses hubungan interpersonal, (2). Identifikasi: penetapan tujuan, (3). Eksploitasi: membantu memberikan gambaran klien yang sebenarnya, (4). Resolusi (pemecahan masalah). Dari setiap tahap ini akan saling melengkapi dan berhubungan sebagai satu proses untuk penyelesaian masalah.

Salah satu teknik untuk penyelesaian masalah adalah dengan supervisi klinik Proctor. Dalam Model supervisi klinik Proctor ini ada 3 komponen yaitu Normatif, Formatif dan Restoratif. Proses interpersonal dalam konsep ini menjelaskan bahwa pencapaian tujuan melalui tindakan atau pola yang pasti, identifikasi masalah dimulai dengan pendekatan yang tepat. Individu dipandang sebagai struktur yang unik termasuk bio, psiko, sosial dan spiritual yang tidak bertentangan satu sama lain. Setiap individu memiliki pola pikir yang berbeda yang mempengaruhi persepsi di mana sangat penting dalam proses interpersonal. (Potter & Perry, 2005).

Penelitian Penckofer, S., Byrn, M., Mumby, P., Ferrans, C. (2011) tentang *Improving Subject Recruitment, Retention, and Participation in Research through Peplau's Theory of Interpersonal Relations* bahwa perawat memiliki kemampuan, dengan peran mereka untuk sukses dalam pelayanan

yang diberikan, perawat bersikap peduli, memberikan kenyamanan, orang-orang yang dipercayai dan berpengalaman dalam bidang kesehatan.

Teori keperawatan Peplau hubungan interpersonal, digunakan untuk berbagi strategi dalam merekrut, mendorong partisipasi, mempertahankan dan untuk menggambarkan bagaimana strategi ini digunakan selama berbagai tahapan (fase orientasi, fase kerja, fase terminasi). Dalam hal ini diperlukan kemampuan untuk memahami diri sendiri dan orang lain dalam konsep ini menggunakan prinsip - prinsip profesional, efektif dan hubungan interpersonal.

Menurut Agung L (2010) salah satu keterampilan supervisor adalah keterampilan hubungan manusia, termasuk di dalamnya adalah kemampuan untuk berkomunikasi, semangat memotivasi, menumbuhkan partisipasi, membentuk kelompok, menetapkan tujuan dan hubungan manusia yang lebih fokus pada hati.

Rumah sakit X telah memiliki tim *patient safety*, menerapkan program *patient safety*, telah terakreditasi 16 pelayanan pada tahun 2009, dan sedang persiapan Akreditasi KARS 2012.

Berdasarkan Insiden *patient safety* dari hasil laporan *surveillance* RS X di Jakarta Pusat pada bulan Januari – Maret :

Tabel 1.1 Hasil laporan *surveillance patient safety*
bulan Januari – Maret 2015 dan 2016

No	Sasaran	Target	Tahun 2015	Tahun 2016
1	Identifikasi pasien dengan benar	100 %	100%	99,52%
2	Meningkatkan komunikasi efektif	100 %	71,7	50,5
3	<i>High Alert Medications</i>	100 %	100 %	77,9%
4	Keamanan tindakan pembedahan	100 %	43,8	86,2%
5	Menurunkan resiko infeksi melalui kebersihan tangan / <i>Hand Hygine</i>	> 85 %	-	68%
6	Menurunkan resiko cedera karena jatuh	0 %	0,002	18,75%

Berdasarkan tabel 1.1 sasaran mutu belum sesuai dengan indikator mutu yang ditetapkan oleh rumah sakit yaitu : ketepatan identifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi efektif, *High Alert Medications*, kepatuhan kebersihan tangan/*hand hygiene* dan menurunkan resiko cedera karena jatuh.

Hasil wawancara dengan tim *patient safety* telah memiliki instrument penilaian *patient safety* sesuai dengan standar KARS, hasil laporan *surveillance patient safety* pada 3 bulan pertama tahun 2015 dan 2016 terjadi penurunan. Hal ini disebabkan tim *patient safety* juga mengaudit dokumen rekam medik pasien yang seharusnya menjadi tanggung jawab perawat dan dokter sebagai pemberi asuhan.

Hasil wawancara dengan wakil bidang perawatan adanya perubahan struktur organisasi bidang perawatan di mana adanya pergantian *Clinical Care Manager* (CCM) dan Perawat Ketua Tim. CCM ≤ 2 tahun 89%, > 2 tahun 11% dan Perawat Ketua Tim ≤ 2 tahun 26%, > 2 tahun 74%. Adanya sistem rotasi perawat sebagai *campion* PPIRS sehingga pengendalian motivator untuk cuci tangan menjadi tidak optimal; untuk *champion patient safety* belum ada, sehingga secara keseluruhan pengendalian *patient safety* tidak optimal.

Hasil wawancara dengan ketua tim, bahwa ketua tim sudah mempunyai jadwal untuk melakukan supervisi tetapi belum dapat dilakukan secara optimal karena kurangnya waktu yang tersedia; sebab ketua tim lebih banyak memberikan asuhan keperawatan kepada pasien; perawat pelaksana masih banyak yang belum dapat memberikan asuhan keperawatan secara mandiri sehingga ketua tim lebih banyak mengambil alih perawatan pasien. Motivasi juga merupakan salah satu kendala ketua tim karena ketua tim masih belum tetap; masih berpindah ruangan dan anggota tim masih sering berubah; ketua tim belum pernah mendapatkan pelatihan supervisi.

Hasil wawancara dengan perawat pelaksana pelaksanaan supervisi sebaiknya dikomunikasikan terlebih dahulu sehingga mereka dapat mempersiapkan diri dan perlu adanya dukungan sosial yang baik dari ketua tim dan adanya saling pengertian.

Dokter selaku pemberi asuhan belum optimal dalam menerapkan sistem pengendalian *patient safety*. Dalam kegiatan sehari-hari aktifitas dokter yang berhubungan *patient safety* terutama penerapan ketepatan melakukan komunikasi efektif melalui TBaK dan stempel konfirmasi/verifikasi dalam catatan perkembangan pasien dan kelengkapan *ceklist* pre operasi dan keamanan prosedur belum optimal, hal ini diambil alih oleh perawat. Melihat beban kerja perawat cukup tinggi maka sering kali juga hal ini tidak dilakukan.

Model pendekatan supervisi yang telah digunakan di rumah sakit adalah model pendekatan Integratif hal ini berdasarkan pada kesamaan tipe persetujuan kontrak waktu yang digunakan bersama negosiasi pembagian tugas dan tujuan. Hal ini berbeda dengan model supervisi klinik Proctor selain pelaksanaan tugas dan pencapaian tujuan juga mengembangkan tiga fungsi yaitu Normatif /managemen yaitu mengidentifikasi, meningkatkan pemahaman, konfirmasi intervensi; Formatif/edukasional yaitu bertugas mengajar, meningkatkan pengetahuan, meningkatkan keterampilan; dan Restoratif/suportif yaitu memberi umpan balik, pendekatan, memberikan dukungan yang menguatkan.

Supervisi merupakan proses pembelajaran yang bertujuan agar tidak timbul masalah yang sama dikemudian hari. Hal ini dapat diantisipasi dengan menggunakan model supervisi klinik Proctor, dimana pada supervisi ini terdapat 3 fungsi yaitu normatif, formatif dan restoratif.

B. Perumusan Masalah

Pelaksanaan *patient safety* sesuai standar menjamin mutu pelayanan kesehatan. Penjaminan mutu pelayanan salah satu cara dengan melalui pelaksanaan supervisi klinik. Berdasarkan latar belakang dan fenomena yang ada, bahwa perawat dalam melakukan tindakan keperawatan memiliki resiko tinggi terhadap kesalahan. Oleh karena itu perawat memerlukan kewaspadaan dan ketelitian yang tinggi, sehingga diperlukan adanya supervisi.

Kegiatan supervisi belum terlaksana dengan optimal, dikarenakan belum ada perencanaan supervisi, belum terstruktur dan dilakukan jika sudah

terjadi permasalahan. Hal ini juga dapat disebabkan karena ketua tim belum pernah mendapatkan pelatihan supervisi. Berdasarkan penelitian sebelumnya oleh Wijayanti, C (2012) tentang penerapan *quality circle* kepada perawat *Clinical Care Manager* (CCM) di RS X, dan juga supervisi tidak berjalan dengan optimal akibat tenaga tim *patient safety* belum memadai. Hal ini menyebabkan kurangnya motivasi dan pengembangan diri dari perawat.

Dengan pendekatan model supervisi klinik Proctor selain pelaksanaan tugas dan pencapaian tujuan juga mengembangkan tiga fungsi yaitu Normatif/managemen, Formatif/edukasional, bertugas mengajar dan meningkatkan pengetahuan, dan Restoratif/suportif, bertugas memberikan umpan balik, dukungan yang menguatkan. Sehingga diharapkan perawat dapat melakukan *patient safety* dengan lebih optimal. Dan menurut publikasi penelitian belum ada pengaruh model supervisi klinik Interaktif Proctor terhadap implementasi *patient safety*.

Penelitian ini peneliti akan meneliti 4 sasaran *patient safety* yaitu ketepatan perawat melakukan identifikasi pasien, ketepatan melakukan komunikasi efektif melalui SBAR dan TBaK, kepatuhan perawat mencuci tangan, kemampuan perawat melakukan skoring dan melakukan intervensi terhadap pasien resiko jatuh. Hal ini dikarenakan sasaran ini yang perawat lebih banyak terlibat langsung (yang berhubungan dengan perawat) dan yang belum optimal adalah meningkatkan komunikasi efektif, menurunkan resiko infeksi melalui kebersihan tangan dan menurunkan resiko cedera karena jatuh. Oleh karena itu peneliti tertarik melakukan penelitian “pengaruh model supervisi klinik Interaktif Proctor perawat ketua tim terhadap implementasi *patient safety* perawat pelaksana di rumah sakit X Jakarta”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini diprediksi, dianalisis, dan dieksplorasi pengaruh penerapan model supervisi klinik Interaktif Proctor ketua tim terhadap implementasi *patient safety* perawat pelaksana di rumah sakit X Jakarta

2. Tujuan Khusus

- a. Dianalisis gambaran karakteristik umur, lama kerja perawat pelaksana sebagai responden, implementasi 4 sasaran *patient safety* (ketepatan perawat melakukan identifikasi pasien, ketepatan melakukan komunikasi efektif melalui SBAR dan TBaK, kepatuhan perawat mencuci tangan, kemampuan perawat melakukan skoring dan melakukan intervensi terhadap pasien resiko jatuh) dan kemampuan ketua tim melakukan model supervisi klinik Proctor di RS X Jakarta.
- b. Dianalisis perbedaan implementasi *patient safety* sebelum dan sesudah intervensi model supervisi klinik Interaktif Proctor bagi kelompok intervensi di RS X Jakarta.
- c. Dianalisis perbedaan implementasi *patient safety* sebelum dan sesudah intervensi model supervisi klinik Interaktif Proctor bagi ketua tim pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RS X Jakarta.
- d. Dianalisis pengaruh umur perawat terhadap implementasi 4 sasaran *patient safety* (ketepatan perawat melakukan identifikasi pasien, ketepatan melakukan komunikasi efektif melalui SBAR dan TBaK, kepatuhan perawat mencuci tangan, kemampuan perawat melakukan skoring dan melakukan intervensi terhadap pasien resiko jatuh) di RS X Jakarta.
- e. Dianalisis pengaruh lama kerja perawat terhadap implementasi 4 sasaran *patient safety* (ketepatan perawat melakukan identifikasi pasien, ketepatan melakukan komunikasi efektif melalui SBAR dan TBaK, kepatuhan perawat mencuci tangan, kemampuan perawat melakukan skoring dan melakukan intervensi terhadap pasien resiko jatuh) di RS X Jakarta.
- f. Dianalisis pengaruh intervensi model supervisi klinik Interaktif Proctor, umur, lama kerja perawat, pelatihan model supervisi klinik Interaktif Proctor secara simultan terhadap 4 sasaran *patient safety* (ketepatan perawat melakukan identifikasi pasien, ketepatan

melakukan komunikasi efektif melalui SBAR dan TBAK, kepatuhan perawat mencuci tangan, kemampuan perawat melakukan skoring dan melakukan intervensi terhadap pasien resiko jatuh) di RS X Jakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Manfaat teoritis dari penelitian ini di bidang manajemen keperawatan adalah memberikan kontribusi khususnya mengenai pengaruh model supervisi klinik Interaktif Proctor ketua tim terhadap implementasi *patient safety* perawat pelaksana di RS X Jakarta.
- b. Memberikan informasi ilmiah untuk akademik maupun untuk mahasiswa keperawatan dalam pengembangan proses berpikir dalam pelaksanaan supervisi perawat ketua tim dalam implementasi *patient safety*
- c. Menjadi data kepada penelitian lainnya untuk melakukan penelitian tentang topik ini

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini merupakan *evidence* sehingga dapat digunakan di rumah sakit untuk pengaruh model supervisi klinik Interaktif Proctor ketua tim terhadap implementasi *patient safety* perawat pelaksana di RS X Jakarta.

3. Manfaat bagi bidang manajemen

Dapat memberikan gambaran kemampuan sumber daya dan kemungkinan sumber daya untuk mendukung pengembangan pelayanan dan sarana untuk menyusun kebijakan dalam pengembangan pelayanan keperawatan

4. Bagi penelitian keperawatan

Hasil penelitian dapat menjadi masukan dan dasar bagi penelitian selanjutnya untuk menentukan intervensi yang lebih tepat terhadap perawat.

5. Ruang Lingkup

Rancangan penelitian ini bersifat penelitian kuantitatif dengan *quasi eksperimental design* mengenai pengaruh model supervisi klinik

Interaktif Proctor ketua tim terhadap implementasi *patient safety* perawat pelaksana. Tujuan penelitian adalah mengetahui intervensi yang dapat mempengaruhi implementasi *patient safety*. Penelitian akan dilakukan terhadap perawat pelaksana.

Penelitian dilakukan di RS X Jakarta dari bulan Desember 2016 – Juni 2017. Sasaran penelitian adalah perawat ketua tim dan perawat pelaksana di ruang rawat inap RS X Jakarta. Landasan teori konsep keperawatan yang mendasari penelitian adalah teori hubungan interpersonal dari Hildegard E. Peplau.