



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH BUDAYA KESELAMATAN PASIEN, GAYA
KEPEMIMPINAN, TIM KERJA, TERHADAP PERSEPSI PELAPORAN
KESALAHAN PELAYANAN OLEH PERAWAT DI UNIT RAWAT INAP
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BEKASI TAHUN 2011**

TESIS

ROMI BEGINTA

0906591392

PROGRAM PASCA SARJANA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

DEPOK, JANUARI 2012

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tesis, Januari 2012

Romi Beginta

Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Kerja Tim Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2011

xvii + 78 halaman + 12 tabel + 7 gambar + 5 lampiran

ABSTRAK

Pelaporan kesalahan pelayanan merupakan usaha untuk memperbaiki sistem pelayanan dalam mencapai pelayanan yang aman. RSUD Kab Bekasi dalam mengembangkan program keselamatan pasien sejak tahun 2009, yang terlihat dari laporan tahunan program keselamatan pasien, terdapat indikasi perlunya peningkatan kesadaran setiap personil dalam melaporkan kesalahan pelayanan, termasuk perawat pelaksana di unit rawat inap rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur persepsi perawat pelaksana dalam melaporkan kesalahan pelayanan serta mencari hubungannya dengan budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, dan kerja tim.

Penelitian dirancang dengan disain *cross sectional* dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur. Pengambilan data dilakukan pada bulan November 2011. Responden merupakan keseluruhan perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi dan didapatkan 77 kuesioner yang dapat dianalisa. Data yang diperoleh dianalisa secara univariat dan multivariat dengan menggunakan metode *component based structural equation modeling* dengan aplikasi komputer SmartPLS.

Hasil penelitian menunjukkan budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, kerja tim dan persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh

perawat dalam penilaian sedang. Didapatkan pula adanya pengaruh baik secara langsung maupun tidak langsung budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, dan kerja tim terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat. Total pengaruh sebesar 89%. Persamaan linier yang didapat dari penelitian ini adalah persepsi pelaporan kesalahan = $0,12 \cdot \text{budaya keselamatan pasien} + 0,30 \cdot \text{kepemimpinan transaksional} - 0,22 \cdot \text{kepemimpinan transformasional} + 0,37 \cdot \text{kerja tim} + 0,26$.

Dari penelitian ini dapat disimpulkan perlunya peningkatan faktor-faktor yang terbukti memberikan pengaruh positif terhadap peningkatan pelaporan dapat menjadi dasar usaha perbaikan. Terdapat pula faktor-faktor lain yang tidak masuk dalam model penelitian ini yang mempengaruhi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan yang masih perlu digali agar pelaporan kesalahan pelayanan di masa depan dapat meningkat.

Kata kunci: keselamatan pasien, pelaporan kesalahan pelayanan, budaya keselamatan, gaya kepemimpinan, kerja tim

Pustaka : 43 (1991-2010)

UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY PROGRAM

Thesis, January 2012

Romi Beginta

The Effect of Patient Safety Culture, Style of Leadership, Teamwork Against Perceptions of Reporting Errors in Delivery of Services By Nurse In District Public Hospital of Bekasi (RSUD Kab. Bekasi) Year 2011

ABSTRACT

xvii +78 pages + 12 tables + 7 pictures + 5 attachments

Reporting errors is an attempt to improve the system in achieving a safe service. From a report in 2010 in RSUD Kab. Bekasi seen that the number of cases or incidents reported has increased, but still needs to improve awareness of any personnel, including nurse in inpatient units. The aim of this study is to measure the nurse's perception in the reporting of service delivery errors and to find a relationship between the behavior to other factors: patient safety culture, leadership style, and team work.

This study was using cross-sectional design by questionnaire as a measuring tool. Data was collected in November 2011 from the entire nurse at the inpatient unit of the hospital as respondents. There are 77 questionnaires that can be analyzed. The data obtained were analyzed using multivariate methods by component-based structural equation modeling with computer applications SmartPLS.

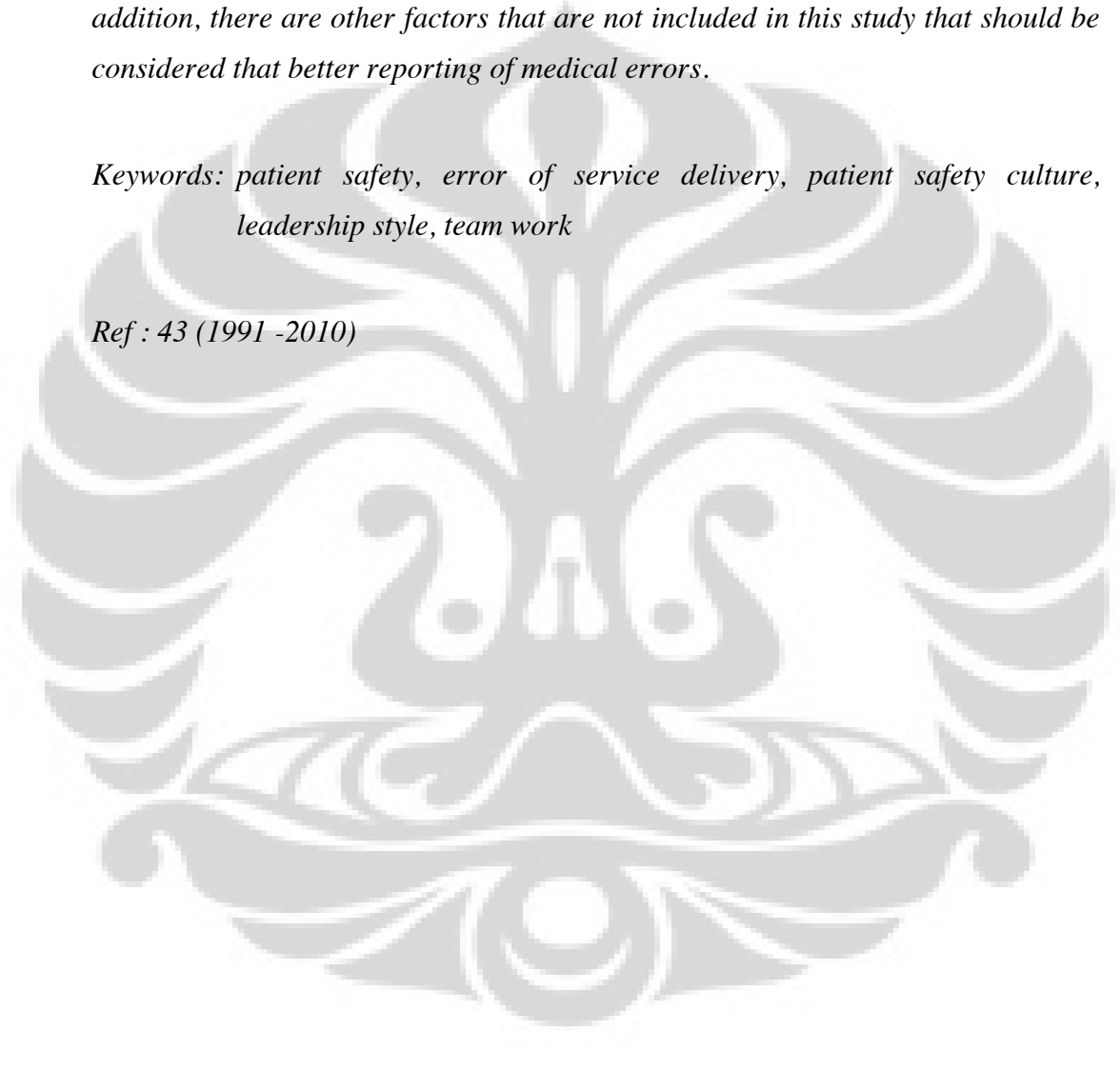
The results of this study suggest patient safety culture, leadership style, teamwork and the perception of service delivery error reporting by nurses are in intermediate conditions. It was found that there are relationship obtained either directly or indirectly from patient safety culture, leadership style, and teamwork

to service delivery error reporting by nurses. This research model can explain the real state of 89%. Linier equation from this model is reporting perception = 0,12.patient safety culture + 0,30.transactional leader - 0,22.transformational leader + 0,37.team work+ 0,26.

From this study it can be concluded that factors that are proven to provide positive influence of this research can be the basis of improvement efforts. In addition, there are other factors that are not included in this study that should be considered that better reporting of medical errors.

Keywords: patient safety, error of service delivery, patient safety culture, leadership style, team work

Ref : 43 (1991 -2010)





UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH BUDAYA KESELAMATAN PASIEN, GAYA
KEPEMIMPINAN, TIM KERJA TERHADAP PELAPORAN
KESALAHAN PELAYANAN OLEH PERAWAT DI UNIT RAWAT INAP
RSUD KABUPATEN BEKASI TAHUN 2011**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit

ROMI BEGINTA

0906591392

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARAJANA
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK, JANUARI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Romi Beginta

NPM : 0906591392

Tanda Tangan : 

Tanggal : Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Romi Beginta
NPM : 0906591392
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

“PENGARUH BUDAYA KESELAMATAN PASIEN, GAYA KEPEMIMPINAN, TIM KERJA, TERHADAP PELAPORAN KESALAHAN PELAYANAN OLEH PERAWAT DI UNIT RAWAT INAP RSUD KABUPATEN BEKASI TAHUN 2011”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, Januari 2012



(Romi Beginta)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Romi Beginta
NPM : 0906591392
Program Studi : Magister Administrasi Rumah Sakit
Judul Laporan Penelitian : Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja Terhadap Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat di Unit Rawat Inap RSUD Kab. Bekasi Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. M. Hafizurrachman, MPH

()

Penguji : Dr. drg. Yaslis Ilyas, MPH

()

Dr. Mieke Savitri, M.Kes

()

Sumijatun S.Kp, MARS

()

dr. Arda Yunita Subardi, MARS

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 18 Januari 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini diajukan oleh penulis sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit. Dalam menyelesaikan tesis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan serta dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis haturkan untuk:

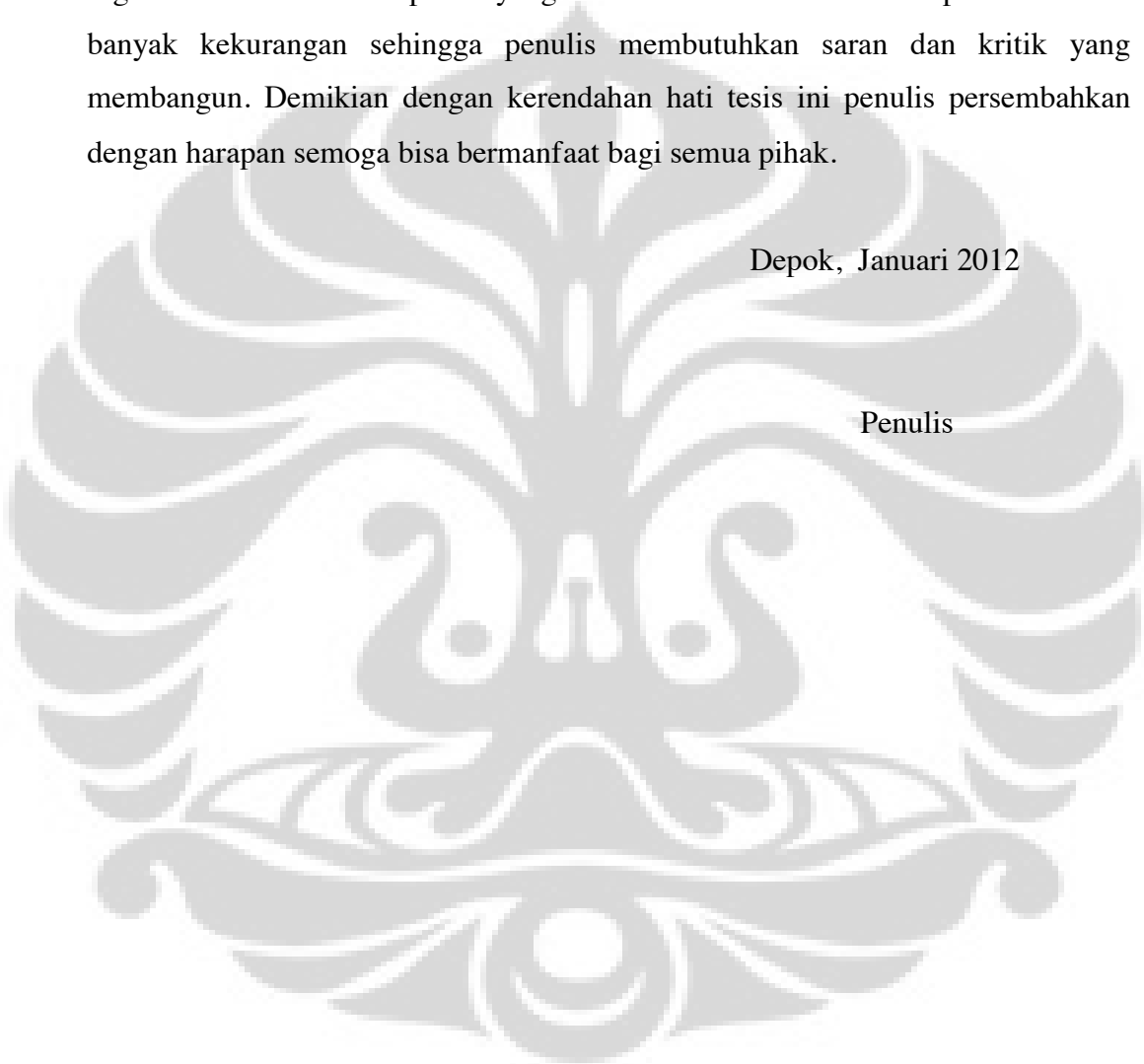
1. Dr. dr. M. Hafizurrachman, MPH selaku pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memnerikan pengarahan dan masukan kepada penulis dalam penyusunan tesis ini.
2. Ns. Penta Sukmawati, S.Kp, MARS selaku pembimbing lapangan yang senantiasa memberikan masukan dan motivasi serta pencerahan kepada penulis dalam penyusunan tesis ini.
3. Dr. drg. Yaslis Ilyas, MPH selaku penguji atas segala masukan dan koreksi dalam penyusunan tesis ini
4. dr. Mieke Savitri, M.Kes selaku penguji atas segala masukan dan koreksi dalam penyusunan tesis ini.
5. Ibu Sumijatun, S.Kp, MARS selaku penguji atas segala masukan dan koreksi dalam penyusunan tesis ini.
6. dr. Arda Yunita Subardi, MARS yang berkenan menjadi penguji luar ditengah-tengah segala kesibukkan.
7. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas, Indonesia, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk dapat belajar dan menggali ilmu
8. Seluruh dosen Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia yang telah berkenan membuka cakrawala ilmu pengetahuan kepada penulis
9. Seluruh perawat di RSUD Kab Bekasi yang memberikan informasi dan data yang berguna dalam penyusunan tesis ini
10. Keluarga yang telah memberikan semangat serta dukungan moril kepada penulis dalam penyusunan tesis ini

11. Seluruh teman-teman KARS Reguler 2010 yang merupakan sumber motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
12. Seluruh teman-teman residen Patologi Anatomi FKUI atas segala dukungan dan kerja sama sehingga cita-cita ini tercapai.

Akhir kata, saya berharap Tuhan yang maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Tesis ini pasti memiliki banyak kekurangan sehingga penulis membutuhkan saran dan kritik yang membangun. Demikian dengan kerendahan hati tesis ini penulis persembahkan dengan harapan semoga bisa bermanfaat bagi semua pihak.

Depok, Januari 2012

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Romi Beginta
NPM : 0906591392
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

Demi mengembangkan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Fight*) atas karya ilmiah berjudul:

Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja, Terhadap Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat di Unit Rawat Inap RSUD Kab. Bekasi Tahun 2011

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Depok

Pada tanggal : Januari 2012

Yang menyatakan,


(Romi Beginta)

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Romi Beginta
Tempat / Tgl Lahir : Kisaran, 12 Mei 1981
Alamat : Jl. Salemba Tengah II no. 10, Jakarta Pusat

Riwayat Pendidikan:

1. SDN 010-Pekanbaru (1987-1993)
2. SMPN 1 Pekanbaru (1993-1996)
3. SMAN 1 Pekanbaru (1996-1999)
4. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (1999-2005)
5. Kajian Administrasi Rumah Sakit FKM UI (2009-2012)
6. Program Spesialis Patologi Anatomik FK UI (2010-sekarang)

Riwayat Pekerjaan:

1. Dokter PTT Puskesmas Lai Lunggi, Sumba Timur, NTT (2006)
2. Dokter fungsional Klinik ASRI Ketapang, Kalimantan Barat (2007-2008)

DAFTAR ISI

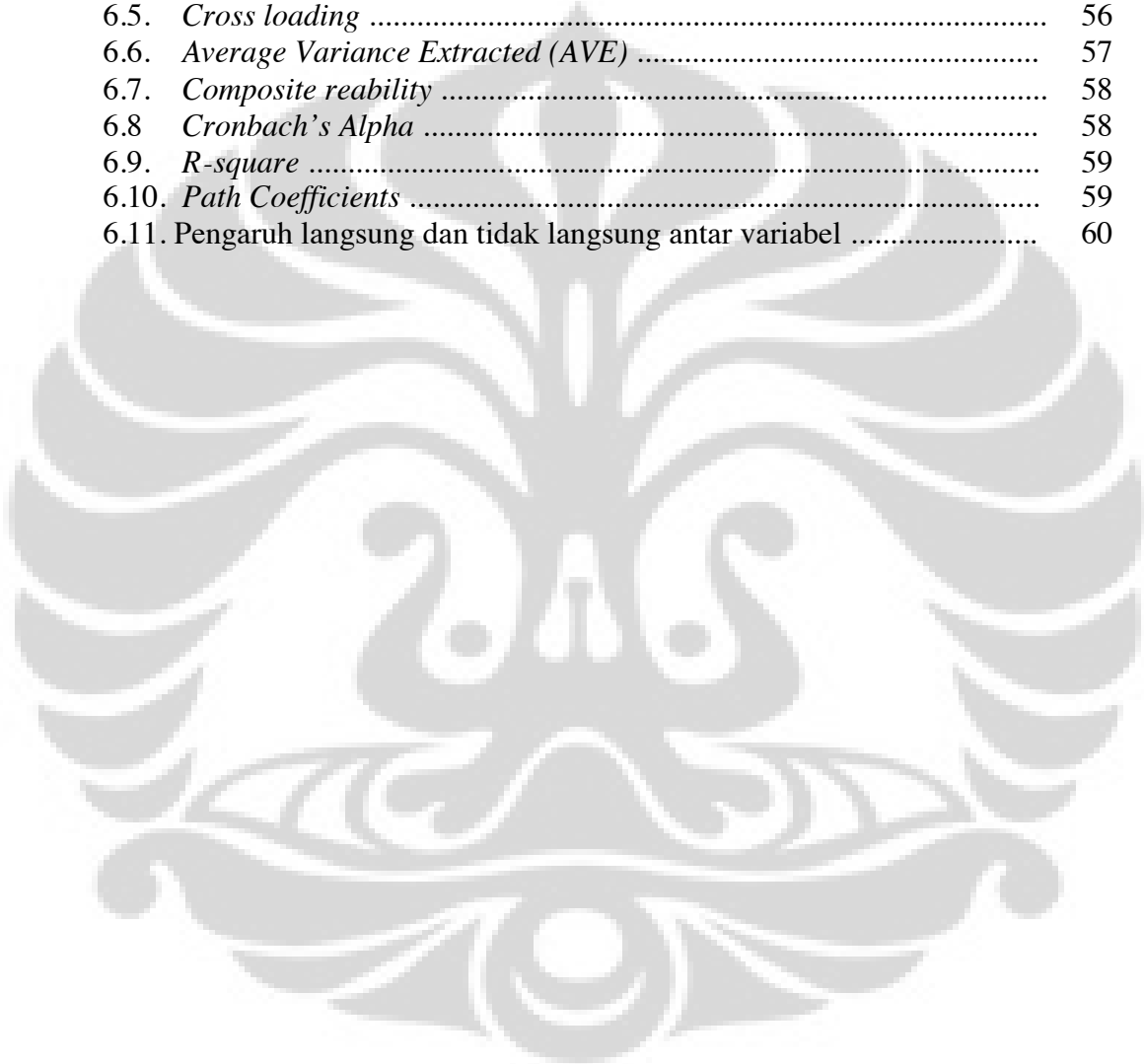
ABSTRAK	i
<i>ABSTRACT</i>	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	ix
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	6
1.3. Pertanyaan Penelitian	7
1.4. Tujuan Penelitian	7
1.5. Manfaat Penelitian	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1. Keselamatan Pasien	9
2.2. Budaya Keselamatan Pasien	12
2.3. Kepemimpinan	14
2.3.1. Tipe-tipe Kepemimpinan	15
2.3.2. Teori Gaya Kepemimpinan	18
2.3.3. Kepemimpinan Transaksional	21
2.3.4. Kepemimpinan Transformasional	22
2.3.5. Pemimpin dan Budaya Organisasi	25
2.4. Tim Kerja	25
2.4.1. Tujuan Bersama Kerja Tim	27
2.4.2. Pengambilan Keputusan Dalam Tim	28
2.4.3. Penanganan Konflik Dalam Tim	28
2.4.4. Budaya dan Kerja Tim	29
2.4.5. Kepemimpinan dan Kerja Tim	29
2.5. Pelaporan Kesalahan pelayanan	30
2.6. Persepsi	35
BAB III. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	36
3.1. Profil RSUD Kab. Bekasi	36
3.2. Program Keselamatan Pasien RSUD Kab Bekasi	36
BAB IV. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS	39
4.1. Kerangka Teori	39
4.2. Kerangka Konsep	40
4.3. Definisi dan Pengukura.....	41
4.4. Hipotesis	43

BAB V.	METODOLOGI PENELITIAN	44
	5.1. Desain Penelitian	44
	5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	44
	5.3. Populasi dan Sampel	44
	5.4. Pengumpulan Data	44
	5.5. Pengolahan Data, Uji Validitas dan Reabilitas	46
	5.6. Analisa Data	47
	5.7. Penyajian Data	48
BAB VI.	HASIL PENELITIAN	49
	6.1. Validitas dan Reabilitas Kuesioner Penelitian	49
	6.2. Karakteristik Responden	50
	6.3. Uji Karakteristik Responden Terhadap Variabel	50
	6.4. Analisis Univariat	51
	6.5. Metode Pengukuran Pada PLS	52
	6.5. Evaluasi Model	55
	6.5.1. Pengujian <i>Outer Model</i>	55
	6.5.2. Pengujian <i>Inner Model</i>	58
	6.5.3. Signifikansi Hubungan	59
BAB VII.	PEMBAHASAN	62
	6.1. Keterbatasan Penelitian	62
	6.2. Pembahasan Hasil Penelitian	63
	7.2.1. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien	63
	7.2.2. Gambaran Gaya Kepemimpinan	65
	7.2.3. Gambaran Kerja Tim	66
	7.2.4. Gambaran Pelaporan Kesalahan Pelayanan	67
	7.2.5. Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Budaya Keselamatan Pasien dan Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat	69
	7.2.6. Pengaruh Budaya Keselamatan Terhadap Gaya Kepemimpinan	72
	7.2.7. Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien Terhadap Kerja Tim	73
	7.2.8. Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Gaya Kepemimpinan Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat	73
	7.2.9. Pengaruh Gaya Kepemimpinan Terhadap Kerja Tim	76
	7.2.10. Pengaruh Kerja Tim Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat	77
BAB VIII.	KESIMPULAN DAN SARAN	79
	8.1. Kesimpulan	79
	8.2. Saran	80

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

5.1	Kriteria penilaian berdasarkan persentase	48
6.1	Karakteristik responden	50
6.2.	Uji Karakteristik responden terhadap semua variabel	51
6.3.	Distribusi indikator	51
6.4.	<i>Outer loadings</i>	55
6.5.	<i>Cross loading</i>	56
6.6.	<i>Average Variance Extracted (AVE)</i>	57
6.7.	<i>Composite reability</i>	58
6.8	<i>Cronbach's Alpha</i>	58
6.9.	<i>R-square</i>	59
6.10.	<i>Path Coefficients</i>	59
6.11.	Pengaruh langsung dan tidak langsung antar variabel	60



DAFTAR GAMBAR

2.1	Faktor organisasional dan manusia dalam sistem sosioteknikal	11
2.2	Faktor yang mempengaruhi keluaran keselamatan pasien	11
2.3.	Pendekatan studi kepemimpinan	18
4.1.	Kerangka teori	39
4.2.	Kerangka konsep	40
6.1.	Model kerangka konsep dengan indikator	53
6.2.	Algoritma PLS	54



DAFTAR LAMPIRAN

1.	Uji Validitas dan Reabilitas	i
2.	Gambaran Distribusi Pertanyaan	ix
3.	Gambaran Umum Rumah Sakit	xi
4.	Notulen Rapat Evaluasi Kegiatan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Tahun 2010 RSUD Kab. Bekasi	xv
5.	Kuesioner Penelitian	xix



BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan bagian dari sistem kesehatan nasional yang berperan strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Rumah sakit dalam upaya tersebut memiliki karakteristik yang unik dan kompleks, padat modal, padat teknologi, dan padat karya (Radjak, 2007).

Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai wadah pelayanan kesehatan modern menjunjung tinggi prinsip keselamatan sebagai hal yang fundamental, seperti yang diungkapkan oleh Hippocrates sebagai “Primum non nocere” yang berarti pelayanan tidak mendatangkan cedera bagi pasien. Dalam perkembangannya, rumah sakit saat ini merupakan organisasi yang sangat kompleks dan padat risiko sehingga terdapat peluang untuk terjadinya kesalahan pelayanan yang dapat berakibat cedera atau kematian pada pasien. Kesalahan yang berpotensi merugikan pasien dapat terjadi dari berbagai aspek, antara lain: kesalahan diagnosis, kesalahan terapi, keterlambatan pencegahan, kegagalan komunikasi, dan kesalahan sistem lain. Infeksi yang dikaitkan dengan pelayanan kesehatan juga termasuk isu penting dalam keselamatan pasien (Yendi, 2011).

Institute of Medicine (IOM) pada tahun 1999 dalam *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Kohn, 2000) mengartikan kejadian yang tidak diinginkan sebagai cedera yang disebabkan tindakan pada pasien dan tidak dihubungkan dengan kondisi atau perjalanan penyakit pasien. IOM menyatakan angka kejadian tidak diinginkan mencapai 2,9 sampai 3,7 persen, yang artinya 44.000 sampai 98.000 pasien di USA mengalami kesalahan medis. IOM memperkirakan telah terjadi 100.000 kematian akibat kesalahan medis sampai laporan tersebut dipublikasi, namun dari data yang menyusul, angka tersebut bisa lebih besar lagi. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) memperkirakan biaya kesalahan medis di satu rumah sakit besar sekitar 5 juta dollar Amerika, yang bila ditotal di seluruh rumah sakit di USA, biaya tersebut mencapai 17 sampai 29 milyar dollar Amerika. Biaya tersebut mencakup biaya

perawatan akibat cedera dan biaya akibat hilangnya pendapatan, produktifitas, dan potensi jangka panjang akibat cedera (Carroll, 2009) .

Di Indonesia, data mengenai angka kesalahan medis secara luas belum dapat diketahui. Namun kejadian kesalahan medis pada pasien telah banyak dilaporkan dalam beberapa kasus malpraktik sebagai kasus yang mendatangkan kerugian bermakna buat pasien. Raharjo (2006) yang mengutip dari Herkutanto (2005) melaporkan adanya 126 kasus tuduhan malpraktik terhadap rumah sakit selama periode 1999 sampai 2004. Majelis Kode Etik Kedokteran seperti yang dikutip Daud (2005) juga mencatat 41 kasus malpraktek di DKI Jakarta selama Juli-September 2003. Tuntutan-tuntutan tersebut hanyalah puncak yang tampak dari fenomena gunung es yang besar yang mengandung masalah yang jauh lebih besar.

Praktisi pelayanan kesehatan secara global memandang keselamatan pasien sebagai isu yang serius dan perlu diambil tindakan nyata dalam mengantisipasi dan melakukan perbaikan. Australia pada tahun 2000 membentuk *Australian Council for Safety and Quality in Health Care*. Pada tahun 2003, Kanada membentuk *Canadian Patient Safety Institute* dan *National Steering Committee on Patient Safety*. Dan pada bulan Oktober 2004, WHO mendirikan *World Alliance for Patient Safety* (Unaiyah, 2006).

Menteri Kesehatan RI dalam Seminar Nasional VII PERSI dan Hospital Expo XVII pada tanggal 21 Agustus 2005 mencanangkan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang terdiri atas 7 program: sosialisasi sistem keselamatan pasien, pengkajian, pengembangan dan publikasi, pembentukan sistem laporan insiden, implementasi standar dan indikator keselamatan pasien, dan pengembangan kerjasama dan pengembangan taksonomi. Selanjutnya PERSI membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yang bekerja sama dengan Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik dan Komite Akreditasi Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI menyusun buku 'Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit'. Selanjutnya dalam Permenkes no 1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit ditetapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien yang terdiri dari: membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko,

mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dan mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

Reason (1993) menilai bahwa kesalahan yang terjadi di rumah sakit merupakan suatu kegagalan sistem dari akibat kombinasi dan kebetulan berbagai kegagalan-kegagalan kecil dan multipel. Wood dan Cook menyatakan bahwa pekerja di garis depan merupakan komponen yang terlihat langsung (sharp end) menjadi penyebab kesalahan medis, padahal terdapat faktor-faktor tidak langsung yang memungkinkan kejadian tersebut (blunt end). AHRQ menyebutkan bahwa penyebab-penyebab kesalahan medis dapat mencakup: masalah komunikasi, arus informasi yang tidak adekuat, masalah yang menyangkut faktor manusia, isu yang menyangkut faktor pasien, transfer pengetahuan di organisasi, pola ketenagakerjaan dan beban kerja, kegagalan teknis, dan kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat (dalam Carrol, 2009).

Standar keselamatan pasien seperti yang tercantum dalam Permenkes RI no.1691 tahun 2011 mencantumkan peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Standar tersebut mencakup:

- Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
- Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Penelitian di berbagai rumah sakit di Australia (Flemming, 2002) melaporkan bahwa kepemimpinan yang mendukung memberikan dampak positif

terhadap motivasi keselamatan yang kemudian meningkatkan tingkat keselamatan. Kepemimpinan yang baik dalam suatu organisasi dapat mengarahkan anggota organisasi dalam mencapai tujuan organisasi, termasuk dalam hal keselamatan pasien. Kemampuan kepemimpinan terbentuk sesuai dengan kondisi organisasi dan metode kepemimpinan suatu organisasi memiliki ciri tertentu, pengaruh antara pemimpin dan bawahan menjadi hal penting dalam efektifitas pelaksanaan program karena diterima atau tidak seorang atasan oleh bawahannya menentukan pencapaian tujuan organisasi.

Paradigma baru kepemimpinan saat ini adalah bagaimana para pemimpin berupaya mengubah bawahannya agar mau bekerja lebih keras dalam mencapai prestasi. Kepemimpinan yang mampu melakukan hal tersebut adalah kepemimpinan transaksional dan transformasional (Munandar, 2001). Pemimpin transaksional memandu atau memotivasi staf dalam mencapai tujuan dengan memperjelas peran dan tugasnya. Sedangkan pemimpin transformasional memberikan pertimbangan dan rangsangan intelektual yang diindividualkan dan memiliki karisma.

Dalam budaya keselamatan juga terdapat budaya untuk melaporkan kesalahan ataupun kejadian nyaris cedera (*near miss*) (Reason, 1997). Pelaporan kejadian tersebut digunakan sebagai pembelajaran bagi organisasi dalam memperbaiki sistem pelayanan. Budaya tersebut hanya dapat berkembang dalam suasana yang tidak memojokkan atau mempersalahkan individu sehingga tercipta keterbukaan dan sikap jujur. Pronovost (2003) menyatakan bahwa budaya keselamatan yang positif dan proaktif memerlukan komitmen dari pemimpin untuk belajar dari kesalahan, mendorong kerja sama tim, membuat sistem pelaporan dan analisa kesalahan, dan memberikan penghargaan pada staf yang menjalankan program keselamatan pasien. Walshe (2006) menambahkan karakteristik budaya keselamatan yang positif adalah komunikasi yang dibangun dalam rasa kepercayaan dan keterbukaan, alur informasi yang baik, dan identifikasi proaktif pada ancaman yang bersifat laten dan pembelajaran organisasi. Untuk membangun budaya keselamatan pasien di suatu rumah sakit, perlu diketahui karakteristik kepemimpinan, pola komunikasi keselamatan pasien, dan budaya keselamatan yang tercermin dari peran serta anggota organisasi dalam

pelaporan kejadian nyaris cidera. Pengetahuan tersebut merupakan bekal penting apabila selanjutnya ingin dilakukan intervensi terhadap keberlangsungan program keselamatan pasien di rumah sakit tersebut.

Mahajan (2010) menyebutkan beberapa faktor yang dapat menghambat pelaporan kesalahan medis, antara lain: adanya hukuman bagi individu yang mengalami kesalahan, budaya keselamatan yang buruk, kurangnya pengertian di antara klinisi tentang apa yang perlu dilaporkan dan bagaimana laporan kejadian dapat memberikan manfaat bagi perbaikan sistem pelayanan. Secara khusus, kurangnya analisis yang sistematis dan kurangnya umpan balik menyebabkan keterlibatan yang rendah dari para klinisi dalam pelaporan kejadian.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Bekasi yang didirikan tahun 2003 ditujukan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat Bekasi akan pelayanan kesehatan, dan sebagai pelayanan rujukan. RSUD Kabupaten Bekasi mulai beroperasi sejak tahun 2005 dengan visi menjadi 'rumah sakit masyarakat yang handal dan mampu bersaing'. Salah satu misi yang dikembangkan berfokus pada pelayanan-pelayanan unggulan untuk mencapai kualitas layanan yang aman, nyaman, menyenangkan, handal, dan berdaya saing.

Dalam mencapai visi dan misi tersebut, program keselamatan pasien di RSUD Kab. Bekasi menjadi salah satu bagian dari unsur pelayanan rumah sakit. Direktur RSUD Kab. Bekasi melalui Keputusan Direktur dengan nomor 445/267/RSUD/2009 membentuk Komite Keselamatan Pasien RSUD Kab. Bekasi. Adapun tujuan dari program Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah: terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit, dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD. Komite KPRS RSUD Kab. Bekasi dalam mencapai tujuan tersebut, memiliki fungsi: membudayakan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit, melakukan upaya umum pelaksanaan keselamatan, dan meningkatkan komunikasi yang efektif.

Pelaksanaan evaluasi program KPRS telah dilaksanakan sejak tahun 2009. Sepanjang tahun 2009 diketahui hanya 7 kasus yang dibahas. Hal ini tidak menunjukkan bahwa kasus atau insiden yang terjadi di rumah sakit sedikit, tetapi

lebih dikarenakan oleh sistem pelaporan yang belum baik. Data yang masuk juga belum detail dan akurat, sehingga sulit dilakukan investigasi. Data tahun 2010 sudah bertambah dibandingkan tahun sebelumnya, yakni menjadi 18 kasus. Hal ini menunjukkan kesadaran untuk melapor sudah mulai timbul di kalangan petugas RSUD, walaupun tetap belum menggambarkan keadaan yang sesungguhnya.

Jawab Perawat merupakan tenaga profesional yang berperan penting dalam fungsi rumah sakit. Hal tersebut didasarkan atas jumlah tenaga perawat sebagai porsi terbesar dalam rumah sakit. Dalam menjalankan fungsinya, perawat merupakan staf yang memiliki kontak terbanyak dengan pasien. Perawat juga merupakan bagian dari suatu tim, yang di dalamnya terdapat berbagai profesional lain seperti dokter. Luasnya peran perawat memungkinkannya untuk menemukan dan mengalami risiko kesalahan pelayanan.

Dalam kode etik keperawatan (PPNI, 2000) disebutkan bahwa perawat memiliki tanggung jawab agar senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Dalam hubungannya dengan teman sejawat, perawat berkewajiban melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis, dan ilegal.

Hal-hal tersebut menempatkan peran perawat sebagai komponen penting dalam pelaporan kesalahan pelayanan dalam pengembangan program keselamatan pasien di rumah sakit. Oleh karena itu, perlu digali berbagai faktor yang dapat mempengaruhi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan.

1.2. Perumusan Masalah

Pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit menjadi hal utama dalam meningkatkan dan menjaga mutu pelayanan. Pelaporan kesalahan pelayanan menjadi komponen penting dalam mengidentifikasi risiko yang dapat mencelakakan pasien untuk selanjutnya dilakukan analisis dan implementasi solusi dalam mencegah kesalahan di masa datang. Faktor-faktor yang

mempengaruhi staf, dalam hal ini adalah perawat, perlu digali untuk dapat memperbaiki pelaporan dalam program keselamatan pasien.

Evaluasi tahunan program keselamatan pasien di RSUD Kab. Bekasi menunjukkan jumlah kejadian yang dilaporkan meningkat di tahun 2010 dibandingkan tahun sebelumnya yang artinya telah terjadi peningkatan kesadaran dalam melaporkan kesalahan. Namun secara kuantitas, jumlah kejadian yang dilaporkan masih sedikit sehingga belum menggambarkan risiko sesungguhnya yang ada dalam pelayanan.

Untuk itu, perlu dicari faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persepsi perawat terhadap pentingnya melaporkan kesalahan pelayanan, yang dalam penelitian ini mencakup faktor budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, dan kerja tim yang ada pada rumah sakit.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana pengaruh budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, dan kerja tim terhadap persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi tahun 2011.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, kerja tim terhadap persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi tahun 2011.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui kondisi budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, kerja tim, dan persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi tahun 2011
2. Mengetahui pengaruh langsung dan tidak langsung budaya keselamatan pasien terhadap persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi tahun 2011

3. Mengetahui pengaruh langsung dan tidak langsung gaya kepemimpinan terhadap persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi tahun 2011
4. Mengetahui pengaruh langsung dan tidak langsung kerja tim terhadap persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi tahun 2011
5. Mengetahui besarnya kesesuaian model penelitian dalam menjelaskan fenomena yang ada
6. Mengetahui persamaan linier dari pengaruh antara variabel eksogen dan endogen pada penelitian ini.

1.5. Manfaat Penelitian

- Bagi rumah sakit, hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dalam evaluasi dan pembuatan kebijakan program keselamatan rumah sakit
- Bagi peneliti, hasil penelitian ini menjadi proses pembelajaran dan penerapan teori yang didapatkan selama pendidikan
- Bagi peneliti lain, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan perbandingan dan data bagi pengembangan keselamatan pasien di rumah sakit.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian menilai persepsi perawat di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi dalam melaporkan kesalahan pelayanan. Penelitian mengambil keseluruhan total perawat sebagai responden untuk mengisi kuesioner penelitian sebagai alat ukur. Pengambilan data dilakukan satu kali untuk semua responden pada bulan November 2011.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. KESELAMATAN PASIEN

Industri kesehatan merupakan industri yang memiliki banyak risiko. Pandangan bahwa pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit sebagai industri yang bebas dari kesalahan adalah pandangan yang perlu dikoreksi (Leape, 1994).

Keselamatan (*safety*) adalah bebas dari kejadian cedera. Definisi yang ada dalam Buku Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang mana rumah sakit membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Keselamatan pasien merupakan tindakan individu dan organisasi untuk melindungi pasien dari kerugian karena efek pelayanan kesehatan. Demikian seperti yang dikemukakan juga oleh The National Patient Safety Foundation sebagai upaya menghindarkan, mencegah, dan memperbaiki kejadian kecelakaan atau cedera yang disebabkan oleh proses pelayanan terhadap pasien (TNPSF, 2000). Permenkes RI no.1691 tahun 2011 mendefinisikan keselamatan pasien rumah sakit sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Sistem keselamatan pasien meliputi: penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Carrol, 2009).

Untuk memastikan keselamatan pasien, diperlukan penegakkan sistem operasional dan proses untuk meminimalkan kemungkinan kesalahan dan memaksimalkan cara yang mencegah kesalahan. Dengan kata lain, program ini tidak hanya berfokus pada satu institusi (rumah sakit), namun secara luas memerlukan sistem dan kebijakan di tingkat organisasi yang menghimpun institusi kesehatan dan tingkat nasional.

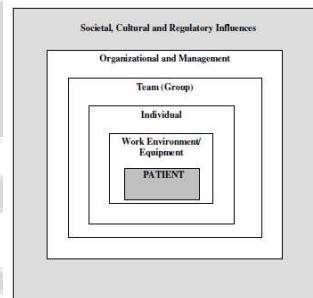
Institute of Medicine (IOM) mengajukan lima prinsip dalam merancang keselamatan pasien di organisasi kesehatan (kohn, 2000):

1. Kepemimpinan, meliputi: menjadikan keselamatan pasien sebagai tujuan utama/prioritas, menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggung jawab bersama, menunjuk/menugaskan seseorang yang bertanggung jawab dalam program keselamatan pasien, menyediakan sumber daya untuk analisa kesalahan dan disain ulang sistem, mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi perilaku tidak aman.
2. Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses, mencakup: desain kerja dalam kerangka keselamatan, menyederhanakan proses, membuat standar proses.
3. Mengembangkan tim yang efektif
4. Antisipasi terhadap kejadian tidak terduga, meliputi: pendekatan proaktif, menyediakan antidotum, dan training simulasi
5. Menciptakan atmosfer pembelajaran, berupa: penggunaan simbol, mendorong pelaporan kejadian, memastikan tidak ada tekanan saat melaporkan kejadian, dan mengimplementasikan mekanisme umpan balik dan belajar dari kesalahan.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Seminar Nasional VII PERSI dan Hospital Expo XVIII mencanangkan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yang meliputi tujuh program, yaitu: sosialisasi sistem keselamatan pasien, pengkajian (riset, analisa, belajar), pengembangan dan publikasi,

pembentukan sistem laporan insiden di rumah sakit, implementasi standar dan indikator keselamatan pasien, pengembangan kerja sama, pengembangan taksonomi (DEPKES RI-PERSI, 2006)

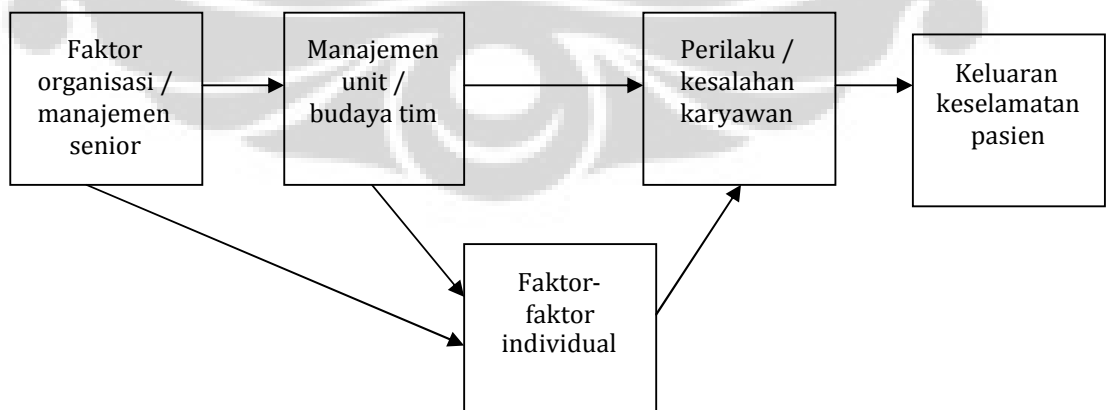
WHO dalam Flin et al (2009) mengemukakan kerangka kerja pengorganisasian keselamatan pasien berdasarkan model Moray tentang organisasi, komponen manusia dan teknik dari sistem sosioteknikal. yang diilustrasikan dengan gambar berikut:



Gambar 2.1. Faktor organisasional dan manusia dalam sistem sosioteknikal

Model Moray menempatkan pasien sebagai elemen pusat, namun faktor pasien tidak tercakup pada paparan ini. Adanya pengaruh eksternal juga dipertimbangkan, seperti budaya nasional atau pemerintahan, namun tidak tercakup juga pada model ini.

Terdapat model lain yang menjelaskan kerangka faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien seperti yang diajukan oleh Jackson dan Flin (dalam Flin et al, 2009). Model tersebut digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2. Faktor yang mempengaruhi keluaran keselamatan pasien

2.2. BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Budaya keselamatan merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam institusi kesehatan. Budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran, dan praktek sosial maupun teknis dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan atau mencelakakan karyawan, manajemen, pasien, atau anggota masyarakat lainnya (Hamdani, 2007).

Menurut Blegen (2006), persepsi yang dibagikan di antara anggota organisasi ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan tatalaksana maupun cedera akibat intervensi. Persepsi ini meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggung jawab dalam keselamatan pasien. Budaya ini kemudian mempengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan.

Budaya keselamatan pasien dikembangkan dari konsep-konsep budaya keselamatan di dunia industri. Walaupun memiliki karakteristik yang berbeda, berbagai penelitian budaya keselamatan di industri lain menjadi dasar pengembangan konsep keselamatan pasien di rumah sakit. Salah satu perbedaan konsep budaya keselamatan yang ada di rumah sakit adalah fokus untuk melindungi pasien lebih besar daripada perlindungan terhadap personel sendiri. Menurut IOM, terciptanya lingkungan yang aman bagi pasien berarti tercipta juga lingkungan yang aman bagi pekerja, karena keduanya terikat satu sama lain (Kohn, 2000).

Budaya keselamatan kemudian diadaptasi dalam konteks keselamatan pasien pada pelayanan di rumah sakit sebagai keyakinan, nilai, perilaku yang dikaitkan dengan keselamatan pasien dan dianut bersama oleh anggota organisasi. Budaya keselamatan merupakan komitmen keselamatan yang dimiliki oleh semua jenjang dalam suatu organisasi. Permenkes no. 1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit mendefinisikan keselamatan pasien rumah sakit

sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

AHRQ (Stone et al 2006), menilai budaya keselamatan pasien melalui tiga aspek:

1. Tingkat unit, mencakup: *supervisor/manager action promoting safety, organizational learning* – perbaikan berkelanjutan, kerjasama dalam unit di rumah sakit, komunikasi yang terbuka, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, respon tidak mempersalahkan terhadap kesalahan, manajemen ketenagakerjaan
2. Tingkat rumah sakit, mencakup: dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien, kerjasama antar unit di rumah sakit, perpindahan dan transisi pasien.
3. Keluaran, mencakup: persepsi keseluruhan staf di rumah sakit terkait keselamatan pasien, frekuensi pelaporan kejadian, peringkat keselamatan pasien, jumlah total laporan kejadian dalam 12 bulan terakhir.

IOM merekomendasikan bahwa prinsip utama dalam mendesain sistem keselamatan pasien adalah dengan kepemimpinan. Keselamatan pasien menjadi tanggung jawab bersama serta menyediakan sumber daya manusia maupun dana untuk analisa kejadian dan merancang ulang sistem (Kohn, 2000).

Untuk membangun budaya keselamatan, diperlukan 6 perilaku yang harus dimiliki pemimpin (Singer, 2006), yaitu: membuat dan mengkomunikasikan visi keselamatan yang jelas, mendorong staf untuk mencapai visi, secara aktif melakukan upaya pengembangan keselamatan, memberikan teladan, fokus pada

isu dibandingkan pada kesalahan individu, secara kontinu melakukan penelitian sebagai upaya melakukan perbaikan.

Pembelajaran organisasional yang berkelanjutan merupakan proses proaktif yang dapat menciptakan serta meneruskan pengetahuan dalam nilai-nilai organisasi. Pembelajaran sebagai proses perbaikan terus-menerus untuk menghasilkan kinerja dan produktivitas yang tinggi.

Pembelajaran dapat berupa analisa dari kesalahan yang terjadi untuk tujuan pencegahan di masa depan. Analisa Akar Masalah, *Failure Modes and Effects Analysis (FMEA)*, atau metoda analisa lain dapat dipakai sebagai upaya pemecahan masalah yang ada dalam rangka memberikan umpan balik pada setiap laporan kejadian kesalahan (Mahajan, 2010).

Dalam memupuk proses pembelajaran dari kesalahan, pelaporan terhadap semua kesalahan perlu dikampanyekan pada setiap staf. Pengertian bahwa setiap orang berpotensi melakukan kesalahan perlu ditanamkan. Respon tidak menghakimi adalah sikap tidak menghukum atau menyudutkan seseorang atas kesalahan yang dibuat. Di samping itu, kesalahan pelayanan sangat jarang disebabkan oleh faktor individu tunggal, namun banyak terjadi akibat pengaruh sistem yang ada di rumah sakit.

Beberapa studi melaporkan bahwa respon yang negatif dalam organisasi membuat perawat dan dokter takut untuk melapor kesalahan yang terjadi saat melakukan prosedur medis. Untuk itu, organisasi kesehatan harus mampu menciptakan lingkungan yang tidak menghakimi dengan tujuan agar setiap elemen tidak takut melaporkan kejadian (Carroll, 2009).

2.3. KEPEMIMPINAN

Hersley dan Blanchard dalam Sutarto (1991) mendefinisikan kepemimpinan sebagai proses mempengaruhi kegiatan seseorang atau sekelompok orang untuk mencapai tujuan dalam situasi tertentu. Robbin (2006)

mendefinisikan kepemimpinan sebagai kemampuan untuk mempengaruhi kelompok untuk menuju pencapaian sasaran. Siagian dalam Auruma (2006) mendefinisikannya sebagai kemampuan dan keterampilan seseorang yang menduduki jabatan sebagai pimpinan satuan kerja untuk mempengaruhi perilaku orang lain, terutama bawahannya, untuk berpikir dan bertindak sedemikian rupa sehingga melalui perilaku yang positif akan memberikan sumbangsih nyata dalam pencapaian tujuan organisasi.

Keberhasilan suatu organisasi dalam mencapai tujuannya sangat bergantung pada mutu pimpinan yang terdapat dalam organisasi tersebut. Mutu produk atau jasa yang dihasilkan organisasi ditentukan oleh peran pemimpin dalam menjalankan fungsinya, di antaranya penentuan tujuan dan sasaran, perumusan dan penentuan strategi organisasi, strategi pemasaran, teknik promosi, pemeliharaan hubungan dengan 'stakeholder', pemilik modal, staf, distributor, dan konsumen. Mutu kepemimpinan dalam organisasi juga tergambar pada kemampuan pemimpin dalam: memahami faktor yang menjadi kekuatan organisasi, mengenali kelemahan organisasi, memanfaatkan peluang yang ada, menghilangkan berbagai ancaman, bersifat proaktif dan antisipatif terhadap perubahan, mendorong bawahan bekerja dengan efisiensi, efektivitas, dan produktifitas yang optimum, serta menciptakan iklim kerja yang kondusif.

Pemimpin dalam suatu organisasi dalam fungsinya tidak lepas dari partisipasi seluruh anggota organisasi sebagai suatu tim dalam mencapai tujuan organisasi. Peran seorang pemimpin dalam suatu organisasi dapat terlihat pada dampak suksesi kepemimpinannya dalam organisasi tersebut. Pada organisasi yang berfungsi baik, suksesi pemimpin dapat berpotensi buruk, namun pada organisasi dengan kinerja buruk, suksesi pemimpin dapat menjadi kesempatan untuk perbaikan.

2.3.1. Tipe-tipe Kepemimpinan

Tipe kepemimpinan seseorang tidak bersifat menetap, artinya seseorang yang menduduki jabatan pemimpin mempunyai kapasitas untuk membaca situasi dan menyesuaikan gaya kepemimpinannya seturut dengan tuntutan situasi yang dihadapi, meskipun penyesuaian itu mungkin hanya bersifat sementara. Dewasa ini, dikenal 5 tipe kepemimpinan:

1. Tipe kepemimpinan otokratik

Seorang pemimpin yang otoriter menunjukkan berbagai sikap yang menonjolkan ke-aku-an antara lain dalam bentuk:

- kecenderungan memperlakukan bawahan sama dengan alat-alat lain dalam perusahaan, dengan demikian kurang menghargai harkat dan martabat bawahan
- mengutamakan orientasi terhadap pelaksanaan dan penyelesaian tugas tanpa mengkaitkan pelaksanaan tugas dengan kepentingan dan kebutuhan bawahan
- pengabaian peranan bawahan dalam proses pengambilan keputusan.

Tipe kepemimpinan otokratik masih memungkinkan menjalankan organisasi dengan baik dalam mencapai tujuan selama pemimpin memiliki kekuasaan yang besar. Apabila kekuasaan untuk dalam menjatuhkan hukuman hilang, ketaatan bawahan yang dilandasi rasa takut akan merosot.

2. Tipe kepemimpinan paternalistik

Tipe pemimpin paternalistik banyak terdapat di lingkungan masyarakat yang bersifat tradisional-agraris. Orang tua atau seseorang yang dituakan diproyeksikan memiliki sifat-sifat yang dapat diteladani atau dianut. Para bawahan memiliki pengharapan bahwa pemimpin mereka memiliki sifat melindungi dan layak dijadikan tempat bertanya dan memperoleh petunjuk. Pemimpin diharapkan memiliki sifat tidak mementingkan diri sendiri dan memberikan perhatian kepada kesejahteraan bawahannya. Legitimasi kepemimpinan dianggap sebagai hal yang

wajar atau normal, dengan implikasi organisasional seperti kewenangan memerintah dan mengambil keputusan tanpa berkonsultasi pada bawahan.

3. Tipe kepemimpinan karismatik

Pemimpin yang karismatik memiliki daya tarik yang besar pada bawahan. Para bawahan memiliki kekaguman pada pemimpin walaupun tidak selalu dapat dijelaskan secara konkret alasannya. Gaya kepemimpinan tidak berpengaruh pada ketaatan bawahan, meskipun pemimpin menggunakan tipe otokratik, paternalistik, atau demokratik. Hanya saja jumlah pemimpin karismatik tidak banyak dan organisasi yang memiliki pemimpin karismatik dianggap beruntung.

4. Tipe kepemimpinan laissez faire

Organisasi dengan pemimpin bertipe laissez faire terdiri atas orang-orang yang telah matang, dewasa untuk mengetahui apa yang menjadi tujuan organisasi, tugas apa yang harus dilaksanakan, tanpa perlu sering dilakukan intervensi. Pemimpin cenderung berperan pasif dan membiarkan organisasi berjalan menurut temponya sendiri tanpa banyak mencampuri bagaimana organisasi dijalankan. Nilai yang nyata dalam hubungan atasan dan bawahan adalah saling mempercayai yang besar. Sikap permisif ditandai oleh kebebasan para anggota organisasi bertindak sesuai dengan keyakinan selama kepentingan bersama tetap terjaga dan tujuan organisasi tercapai. Kepentingan dan kebutuhan bawahan mendapat perhatian besar karena dengan pemenuhan kebutuhan, bawahan dengan sendirinya berperilaku positif terhadap organisasi.

5. Tipe kepemimpinan demokratik

Pemimpin yang demokratik memandang peranannya sebagai koordinator dan integrator dari berbagai komponen organisasi untuk mencapai tujuan organisasi. Pemimpin tersebut menjalankan fungsinya dengan pendekatan holistik dan integralistik. Nilai yang dianut dari tipe kepemimpinan ini adalah menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dengan menyadari bahwa bawahan memiliki kebutuhan fisik, mental, sosial, dan spiritual. Bawahan diikut sertakan dalam

proses pengambilan keputusan sehingga memupuk rasa tanggung jawab, memudahkan pencapaian tujuan, menghindarkan pemborosan, dan penempatan kepentingan bersama di atas kepentingan pribadi atau kelompok. Kesalahan dipakai sebagai pembelajaran, pembelajaran dihadapi dengan tindakan koreksi, dan daya kreasi dan inovasi dikembangkan. Tipe kepemimpinan demokratis berpusat pada manusia, dianggap sebagai bentuk kepemimpinan yang terbaik, walaupun terdapat potensi lambatnya pengambilan keputusan karena harus melibatkan bawahan dalam pertimbangannya.

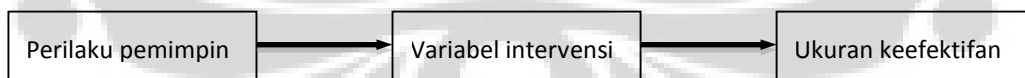
2.3.2. Teori Gaya Kepemimpinan (McShane dan Von Glinow, 2005)

Studi kepemimpinan dalam kerangka yang sistematis membuat 3 paradigma besar. Secara garis besar, peneliti-peneliti menggunakan salah satu dari 3 pendekatan teori kepemimpinan, yakni: pendekatan ciri, pendekatan perilaku, dan pendekatan situasional. Secara skematis, ketiga pendekatan tersebut dijelaskan dengan diagram di bawah ini.

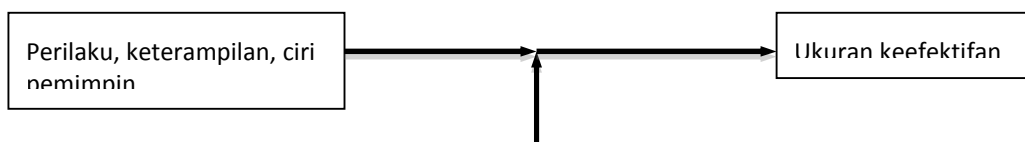
A. Pendekatan ciri



B. Pendekatan perilaku



C. Pendekatan situasional



Gambar 2.3. Pendekatan studi kepemimpinan

Variabel situasional

Gaya kepemimpinan Pendekatan Ciri

Sebelum tahun 1950-an, peneliti berusaha mempelajari kepemimpinan dengan membandingkan antara pemimpin dan anggota dan antara pemimpin yang efektif dan yang tidak efektif. Studi ini percaya bahwa pemimpin memiliki ciri khusus yang membedakannya dari bukan pemimpin. Pengukuran dan pembandingan mencakup aspek psikologik, sosial, dan fisik.

Ketika pendekatan ini semakin berkembang (terutama tahun 1930 dan 1940), daftar ciri pemimpin semakin panjang. Lebih lanjut, ciri tersebut semakin bercampur dan tidak memperlihatkan pola yang jelas. Hasil penelitian tidak memperlihatkan suatu pola yang secara kuat dan konsisten berhubungan dengan kepemimpinan. (Yukl, 2005)

Gaya Kepemimpinan Pendekatan Perilaku

Teori gaya kepemimpinan berusaha menjelaskan faktor kepemimpinan dengan menekankan pada apa yang seorang pemimpin lakukan, terutama terhadap bawahannya. Dengan kata lain, para ahli mencoba mencari gaya kepemimpinan yang bagaimana yang inheren dengan perilaku yang khas. Teori ini mempertimbangkan bahwa seseorang dengan karakteristik personal tertentu tidak dengan serta merta akan menjadi pemimpin yang berhasil. Kenyataan ini menunjukkan bahwa meskipun bakat memang sangat penting, terdapat faktor lain yang juga berpengaruh, yakni pendidikan dan pelatihan kepemimpinan. (Yukl, 2005)

Beberapa gaya diwakilkan sebagai tipe tertentu dari kepemimpinan, namun yang paling sering pembagian tipe tersebut digambarkan sebagai suatu dimensi perilaku kepemimpinan. Yang umum adalah perilaku kepemimpinan

digambarkan dalam dua sampai empat tipe dan hanya satu atau dua dimensi. Walaupun terdapat bermacam-macam istilah untuk menggambarkan perilaku kepemimpinan, terdapat 4 tipe besar:

1. Orientasi terhadap tugas, yakni pemimpin yang menekankan produktifitas, menekankan segi-segi teknis dari pekerjaan, mengorganisasi aktivitas kelompok untuk mencapai tujuan dengan baik, menempatkan pencapaian tujuan di atas pertimbangan yang menyangkut unsur manusia, dan sebagainya.
2. Orientasi terhadap bawahan, yakni pemimpin yang berorientasi pada kebutuhan, minat, masalah, pengembangan dan sebagainya dari bawahannya, menerima perbedaan kepribadian, kemampuan dan perilaku bawahan, dan sebagainya.
3. Kepemimpinan memerintah, yakni pemimpin yang membuat semua keputusan bagi aktivitas kelompok, dan bawahannya hanya perlu menaati
4. Kepemimpinan partisipatif, yakni pemimpin membagikan peran dengan bawahannya dalam pengambilan keputusan yang menyangkut aktivitas kelompok.

Gaya Kepemimpinan Pendekatan Situasional

Teori kepemimpinan situasional bertumbuh dalam usaha menjelaskan temuan yang tidak konsisten dari pendekatan ciri dan perilaku. Peran konteks dimana kepemimpinan berada juga memerlukan perhatian agar pengertian lebih lengkap dan akurat. Teori situasional menyatakan bahwa efektivitas gaya kepemimpinan tertentu bergantung pada situasi. Ketika situasi berubah, gaya kepemimpinan lain menjadi lebih sesuai. (Kreitner & Kinicki, 2005)

Pendekatan kepemimpinan yang mempertimbangkan faktor situasional berusaha dijelaskan dengan beberapa model, yakni: model kontingensi Fiedler, teori jalan-tujuan, model kepemimpinan Vroom-Yetton, model keterhubungan

dyad vertikal Graen, dan teori situasional Hersey-Blanchard (Radjak, 2007; Yukl, 2005)

2.3.3. Kepemimpinan Transaksional

Burn (1978) dalam Yukl (1994) mendefinisikan kepemimpinan transaksional sebagai kepemimpinan yang memotivasi para pengikutnya dengan menunjuk pada kepentingan diri sendiri, sebagai usaha mendekati bawahan dengan cara mempertukarkan sesuatu dengan pekerjaan. Bass (1985) dalam Yukl (1994) menambahkan bahwa kepemimpinan transaksional sebagai sebuah pertukaran imbalan untuk mendapatkan kepatuhan. Kepemimpinan transaksional menyangkut nilai-nilai, namun berupa nilai-nilai yang relevan bagi proses pertukaran, seperti kejujuran, keadilan, tanggung jawab, dan pertukaran.

Bass menganggap teori-teori seperti teori LMX dan teori jalur-tujuan sebagai penjelasan mengenai kepemimpinan transaksional. Ia memandang kepemimpinan transformasional dan kepemimpinan transaksional sebagai proses-proses yang berbeda namun tidak saling eksklusif, dan ia mengakui bahwa pemimpin yang sama dapat menggunakan kedua jenis kepemimpinan tersebut pada waktu-waktu dan situasi-situasi yang berbeda. Seorang pemimpin dapat memiliki aspek kepemimpinan transaksional tertentu dan aspek kepemimpinan transformasional tertentu yang menonjol secara bersamaan.

Terdapat tiga komponen yang menjadi perilaku gaya kepemimpinan transaksional, yaitu:

- *Contingen reward*. Mencakup kejelasan mengenai pekerjaan yang diminta untuk memperoleh imbalan-imbalan dan penggunaan insentif. Perilaku ini bertujuan untuk mempengaruhi motivasi. Jika bawahan melakukan

pekerjaan untuk kepentingan perusahaan, yang menguntungkan perusahaan, maka kepada mereka dijanjikan imbalan yang setimpal. Misalnya jika bawahan berprestasi tinggi, ia akan mendapatkan imbalan yang memuaskan dirinya. Transaksinya ialah: 'Jika anda bekerja baik, anda akan menerima imbalan yang baik'.

- *Active management by exception*. Berupa pemantauan para bawahan dan tindakan-tindakan memperbaiki untuk memastikan tugas dilaksanakan secara efektif. Manajemen secara aktif dan ketat memantau pelaksanaan tugas pekerjaan bawahan agar mereka tidak gagal dalam melaksanakan pekerjaan, atau agar kesalahan dan kegagalan bawahan dapat secepatnya diketahui untuk diperbaiki. Transaksinya ialah: 'Silahkan melaksanakan tugas pekerjaan anda, saya akan awasi secara ketat, sehingga jika saya melihat akan timbul kesalahan, atau begitu timbul kesalahan, saya akan membantu anda'.
- *Passive management by exception*. Merupakan tanggapan terhadap penyimpangan yang nyata dari standar-standar kinerja yang dapat diterima. Manajer baru bertindak setelah terjadi kegagalan bawahan untuk mencapai tujuan, atau setelah benar-benar timbul masalah yang serius. Manajer berpandangan bahwa ia belum perlu bertindak jika belum timbul masalah atau jika belum ada kegagalan. Bawahan mendapatkan kesempatan berupaya memperbaiki kinerjanya, mengatasi masalahnya, mengoreksi kesalahannya. Transaksinya ialah: 'Silahkan melaksanakan tugas pekerjaan anda, jika timbul masalah atau jika anda bertindak salah, usahakan mengatasi masalah atau memperbaiki sendiri kesalahan anda, saya baru akan membantu anda, jika saya lihat anda tidak mampu mengatasi masalah tersebut atau memperbaikinya'.

2.3.4. Kepemimpinan Transformasional

Konsep awal tentang kepemimpinan transformasional diformulasikan oleh Burns (1987) dalam Yukl (1994) yang menjelaskan kepemimpinan transformasional sebagai sebuah proses yang padanya 'para pemimpin dan pengikut saling menaikkan diri ke tingkat moralitas dan motivasi yang lebih tinggi'. Dalam hubungannya dengan hirarki kebutuhan Maslow, maka para pemimpin transformasional menggerakkan kebutuhan-kebutuhan ke tingkatan yang lebih tinggi dari para pengikut. Kepemimpinan transformasional sebagai kemampuan memotivasi orang lain untuk mencapai standar tinggi dan tujuan jangka panjang.

Tingkat sejauh mana seorang pemimpin disebut transformasional terutama diukur dalam hubungannya dengan efek pemimpin tersebut terhadap pengikutnya dalam hal kepercayaan, kekaguman, kesetiaan, dan hormat terhadap pemimpin, serta memotivasi pengikut untuk melakukan lebih daripada yang awalnya diharapkan terhadap mereka. Pemimpin tersebut mentransformasi dan memotivasi pengikutnya dengan cara: membuat pengikutnya lebih sadar mengenai pentingnya hasil-hasil suatu pekerjaan, mendorong pengikut untuk lebih mementingkan organisasi dan tim daripada kepentingan diri sendiri, dan mengaktifkan kebutuhan-kebutuhan pengikut pada hal yang lebih tinggi.

Bass memandang kepemimpinan transformasional berbeda dari kepemimpinan karismatik dalam berbagai aspek. Karisma adalah bagian yang penting dari kepemimpinan transformasional, namun karisma saja tidak cukup bagi proses transformasional. Para pengikut dapat mengidentifikasi seorang terkenal dan karismatik dan meniru perilaku dan penampilan seseorang, namun mereka jarang termotivasi untuk mentransformasi kepentingan dirinya untuk keuntungan sebuah alasan yang kuat dan identifikasi dengan pemimpin tersebut. Para pemimpin transformasional mencoba memberi kekuasaan dan meninggikan pengikut, sedangkan kepemimpinan karismatik cenderung membuat pengikutnya tetap lemah dan tergantung serta menanamkan kesetiaan pribadi daripada komitmen terhadap cita-cita. Menurut Bass, para pemimpin transformasional dapat ditemukan dalam organisasi mana saja, sebaliknya pemimpin karismatik

sangat langka. Pemimpin karismatik lebih mudah timbul pada organisasi di bawah tekanan di mana kewenangan formal gagal menanggapi krisis, dimana nilai-nilai tradisional dan keyakinan dipertanyakan (Yukl, 2004).

Terdapat empat aspek (dimensi) kepemimpinan transformasional:

- *Inspirational motivation*. Pemimpin mampu menimbulkan inspirasi pada bawahannya dengan menentukan standar-standar tinggi, memberikan makna dan tantangan, dan memberikan keyakinan bahwa tujuan dapat dicapai. Bawahan merasa mampu melakukan tugas, mampu memberikan berbagai macam gagasan, dan merasa diberi inspirasi oleh pemimpinnya.
- *Intellectual stimulation*. Bawahan merasa bahwa pimpinan mendorong mereka untuk memikirkan kembali cara kerja mereka, untuk mencari cara baru dalam melaksanakan tugas, merasa mendapatkan persepsi baru terhadap tugas-tugas mereka. Pemimpin mendorong upaya-upaya pengikut agar bersikap kreatif dan inovatif dengan memberikan asumsi, membongkar kembali masalah, dan menyelesaikan situasi lama dengan cara-cara baru. Ide-ide baru dan penyelesaian masalah kreatif didapatkan bersama pengikutnya.
- *Individualized consideration*. Bawahan merasa diperhatikan dan diperlakukan secara khusus oleh pemimpinnya. Pimpinan memperlakukan tiap bawahannya sebagai seorang pribadi, memberikan nasihat yang bermakna, memberi pelatihan yang diperlukan, bersedia mendengarkan pandangan dan keluhan tiap bawahan. Pemimpin menimbulkan rasa mampu pada bawahannya dalam melakukan tugas, dapat memberi sumbangan untuk tercapainya tujuan bersama. Perilaku pemimpin menunjukkan penerimaan atas perbedaan individual, mendorong terjadinya komunikasi dua arah, dan menciptakan interaksi dengan pengikut yang bersifat pribadi.
- *Idealized influence*. Perilaku pemimpin menjadi teladan atau memberi contoh bagi pengikut, memperhatikan kebutuhan orang lain melebihi

kepentingan dirinya sendiri. Pemimpin membagi risiko pada bawahannya dan bersikap konsisten. Pemimpin melakukan hal yang benar, memperlihatkan standar tinggi atas etika dan moral. Pemimpin berusaha mempengaruhi bawahan dengan menekankan pentingnya nilai-nilai dan keyakinan, perlunya tekad mencapai tujuan, dan perhatian terhadap akibat-akibat moral dan etik dari keputusan yang diambil. Pemimpin memperlihatkan kepercayaan pada cita-citanya, keyakinannya, dan nilai hidupnya.

Terdapat beberapa penelitian deskriptif mengenai kepemimpinan transformasional. Tichy dan Devanna (1986) dalam Yukl (1994) menyebutkan bahwa kepemimpinan transformasional diperlukan untuk dapat melakukan perubahan dan menghidupkan kembali organisasi. Bennis dan Nanus (1985) dalam Yukl (1994) menyatakan bahwa kepemimpinan transformasional dapat menyalurkan energi-energi kolektif dari para anggota organisasi dalam pencapaian visi bersama. Kepemimpinan transformasional memudahkan pembelajaran, baik bagi individu maupun bagi organisasi.

2.3.5. Pemimpin dan Budaya Organisasi

Budaya dalam organisasi-organisasi muda dan berhasil kemungkinan sangat kuat, karena merupakan instrumen bagi keberhasilan organisasi tersebut. Budaya organisasi yang demikian akan berkembang dan pengalaman menunjukkan bahwa beberapa asumsi perlu dimodifikasi. Dengan berjalannya waktu, orang-orang yang bukan pendiri akan menjadi pemimpin, budaya mula-mula menjadi lebih tidak disadari dan menjadi kurang seragam. Sub-sub budaya akan berkembang dalam sub-sub unit yang berbeda. Namun demikian, asumsi-asumsi kultural memvalidasi masa lalu dan merupakan kebanggaan dapat menjadi faktor penekan perubahan. Di samping itu, budaya akan menseleksi para pemimpin dan peran yang diharapkan dari mereka. Seorang pemimpin memerlukan pengetahuan dan keterampilan cukup banyak untuk memahami

budaya sebuah organisasi yang sudah dewasa dan mengimplementasikan perubahan-perubahan dengan berhasil (Yukl, 1994).

2.4. TIM KERJA

Tim kerja didefinisikan sebagai kumpulan individu dengan keahlian spesifik yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama (Ilyas, 2003). Sedangkan Thomson (2000) mendefinisikan tim sebagai sekelompok orang yang saling terkait terhadap informasi, sumber daya, keterampilan, dan berusaha untuk mencapai tujuan bersama.

Terdapat lima karakteristik dari suatu tim (Thomson, 2000):

- Sebuah tim dibentuk karena ada kesamaan tujuan. Tim membentuk suatu hasil yang mana setiap anggotanya memiliki tanggung jawab bersama dan memiliki bagian atas hasil yang didapatkan oleh tim.
- Terdapat keterkaitan dalam suatu tim. Tim tidak dapat mencapai sasaran bila hanya dilakukan oleh sebagian anggota saja. Ketergantungan dalam tim mencakup aspek : informasi, keahlian, sumber sumber daya, dan sebagainya.
- Terdapat keterikatan dan stabilitas dalam tim. Tim memiliki keanggotaan yang membedakannya dengan bukan anggota. Tim secara relatif stabil dalam jangka waktu tertentu, selama tujuan belum terselesaikan.
- Anggota tim memiliki otoritas mengatur kerja tim dan proses internal.
- Tim berfungsi dalam konteks sistem yang lebih besar. Tim bekerja dalam organisasi yang lebih besar, dan sering kali membutuhkan sumber daya dari luar tim.

Tim kerja berbeda dari sekedar kelompok kerja tradisional. Pada tim kerja dituntut akuntabilitas, baik secara individu maupun kelompok. Dalam konteks rumah sakit, sebuah tim dibentuk oleh para profesional yang bekerja sebagai tim, yang berkomitmen mencapai suatu tujuan kualitas pelayanan yang baik.

Banyak studi mengemukakan bahwa adanya tim membuat tujuan tercapai lebih efektif daripada struktur hirarki tradisional karena pengambilan keputusan lebih cepat dan efisien. Perubahan yang dramatik dapat terlihat dengan dukungan terhadap input dan umpan balik terhadap karyawan.

Setidaknya, terdapat tiga alasan mengapa tim dibentuk dalam suatu organisasi:

- Spesialisasi. Perkembangan ekonomi dan bisnis, membuat organisasi semakin kompleks, baik dalam fungsi maupun dalam layanan yang dihasilkan. Oleh karena itu, fungsi setiap orang yang terlibat akan semakin spesialis. Namun, setiap profesional perlu bekerja sama dan berkoordinasi agar mencapai tujuan bersama.
- Kompetisi. Dominasi dalam suatu usaha sudah jarang ditemui. Setiap industri dituntut untuk semakin berkualitas. Hal ini berdampak bahwa setiap profesional dituntut dapat bekerja sama untuk menggabungkan potensi, keahlian, kekuatan untuk menghadapi persaingan.
- Perkembangan sistem informatika. Teknologi canggih dalam transfer informasi yang cepat memerlukan respon organisasi yang cepat terhadap perubahan. Struktur organisasi tradisional sering tidak cukup fleksibel dan peka dalam berespons sehingga adanya tim dapat menjadi jalan keluar.

2.4.1. Tujuan Bersama Kerja Tim

Sebuah tim yang baik memiliki arah/tujuan yang jelas. Tujuan diartikan sebagai sesuatu yang ingin dicapai atau akibat yang diharapkan dari suatu tindakan. Studi yang ada menunjukkan kinerja yang meningkat apabila ada tujuan yang spesifik dengan kesulitan yang moderat. Sebuah tim memiliki tujuan bersama yang ingin dicapai dari hasil kerja secara kolektif, bukan individual. Tujuan bersama dalam tim membawa keuntungan karena meningkatkan kinerja. Efek tujuan tim yang jelas paling besar manfaatnya bila terdapat rincian tugas

yang jelas pula. Tim dengan beberapa tujuan berpotensi adanya konflik dari tujuan-tujuan, yang kemudian dapat menjadi masalah.

Dalam tim juga terdapat tujuan individual dari masing-masing anggota tim. Tujuan pribadi dapat mendorong atau sebaliknya merugikan tujuan bersama tim. Beberapa diskrepansi dari tujuan pribadi anggota dapat dipecahkan dengan mempertimbangkan perbedaan dalam saling keterkaitan. Bila saling keterkaitan rendah, tujuan individu memberi kebaikan karena setiap orang bersama-sama berusaha keras mencapai tujuan tim. Cara lain untuk mencegah efek buruk dari tujuan pribadi adalah dengan menambahkan tujuan-tujuan individual tersebut menjadi tujuan bersama. Metoda lain adalah dengan membangun tujuan individual yang berhubungan dengan usaha memaksimalkan kinerja tim.

2.4.2. Pengambilan Keputusan dalam Tim

Keputusan yang berkualitas tinggi membantu organisasi dalam mencapai tujuan strategis. Setiap pengambilan keputusan diawali dengan analisa situasi, menentukan hal yang ingin dicapai, mencari alternatif cara pencapaian, mengevaluasi setiap alternatif, dan diakhiri dengan pengambilan keputusan dan mengevaluasi keputusan yang diambil (Thompson, 2000).

Pengambilan keputusan yang dilakukan bersama-sama dalam tim akan memberikan manfaat berupa terciptanya sinergi, merangsang kreatifitas, kualitas keputusan yang diambil menjadi lebih baik, dan penerimaan dari hasil keputusan yang lebih baik. Namun kelemahan yang mungkin timbul dari pengambilan keputusan bersama adalah diperlukan waktu yang lebih panjang, adanya kemungkinan keputusan yang diluar dari perkiraan sebelumnya, serta kemungkinan pengabaian dari ekspertise individual (Gordon, 1996). Pengambilan keputusan bersama diperlukan pada tujuan yang menyangkut ekspertise dan profesional yang beragam, sedangkan pengambilan keputusan dari atas diambil bila fokus adalah efisiensi.

2.4.3. Penanganan Konflik Dalam Tim

Konflik yang merupakan ketidaksepakatan, pertentangan, dan peraturan dari individu-individu atau kelompok dalam tim merupakan akibat ketidakcocokan dalam memberikan pengaruh dalam tim. Sebenarnya konflik dapat diarahkan agar tim dapat mempertanyakan hal-hal yang terjadi di tim sehingga diperoleh pencapaian yang terbaik bagi tim, namun konflik dapat menjadi hal saling menghancurkan dan merusak tim. Konflik tipe A atau konflik afektif (Guetzkow & Gyr dalam Thompson, 2000) mendefinisikan konflik sebagai perseteruan personal yang didasari atas kemarahan dan ego. Sedangkan konflik tipe C atau konflik kognitif adalah konflik yang berisi argumentasi dan menstimulasi kreativitas.

Dalam penanganan konflik dalam tim, terdapat beberapa gaya resolusi konflik, yaitu persaingan, kolaborasi, kompromi, penghindaran, dan akomodasi. Persaingan adalah usaha mencapai kepuasan sendiri tanpa mempertimbangkan pihak lain. Kolaborasi adalah usaha mencapai kepuasan kedua belah pihak. Kompromi adalah berbagi posisi sehingga tercapai jalan tengah. Penghindaran adalah pihak-pihak yang bertentangan tidak mencari jalan keluar dari konflik. Sedangkan akomodasi adalah usaha untuk saling memberikan kebaikan (Gordon, 1996)

2.4.4. Budaya dan Kerja Tim

Budaya merupakan kesepahaman yang dianut bersama oleh anggota tim yang memungkinkan tim berfungsi. Budaya mencakup nilai-nilai yang tidak dinyatakan secara tertulis namun mempengaruhi perilaku setiap anggota tim. Norma yang merangsang inovasi (Cumming & Mohrman, 1987 dalam Thompson, 2000) dan ekspektasi bersama untuk mencapai kesuksesan (Shea & Guzzo, 1987 dalam Thompson, 2000) secara spesifik meningkatkan efektivitas tim. Terkadang,

budaya dapat berkembang lebih tepat pada suatu tim daripada pada organisasi secara keseluruhan.

2.4.4. Kepemimpinan dan Kerja Tim

Tujuan pembentukan dari sebuah tim adalah pencapaian target bersama. Tim dengan kinerja tinggi membutuhkan kepemimpinan untuk memberikan fokus dan arahan. Pemimpin membentuk arahan dan kesepakatan dalam menerapkan pendekatan, sehingga memastikan tim bersatu dalam mencapai tujuan. Tim harus sepakat apa yang perlu dilakukan dan semua individu saling berbagi beban. Diperlukan keterampilan agar tim dapat berkolaborasi dan mengatasi konflik, serta mencapai kata sepakat dalam mengambil keputusan (Robbins, 2006).

Pemimpin dalam mempengaruhi tim dapat dibagi dalam empat tipe, yang diletakkan dalam dua dimensi, yaitu keterlibatan pemimpin dan orientasi kekuasaan pemimpin. Pemimpin yang kehilangan kuasa adalah pemimpin yang tidak memberikan pengaruh maupun arahan, yang menekankan pada hukuman. Sedangkan pimpinan yang sangat berkuasa bersifat otokratik dan menciptakan tim yang submisif. Pemimpin yang mendorong adalah pemimpin yang menjadi model dan mendorong tim untuk berkembang sendiri. Sedangkan pemimpin yang membangun kuasa adalah pemimpin yang menjadi contoh, mendelegasi, dan membangun budaya (Steward, 1999).

2.5. PELAPORAN KESALAHAN PELAYANAN

Institute of Medicine dalam Juana (2008) mendefinisikan kesalahan medis sebagai *'the failure of a planned action to be completed as intended (ie. error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (ie. error of planning)*. Kesalahan medis merupakan kesalahan dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kesalahan tersebut termasuk gagal melaksanakan suatu rencana atau salah memilih rencana,

dapat merupakan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan (*omission*). (KKPRS dalam Yahya, 2007)

Kesalahan pelayanan dapat dikategorikan berdasarkan dampaknya pada pasien. Kejadian nyaris cidera atau *near miss* adalah kesalahan atau kecelakaan yang berpotensi menyebabkan cedera, namun tidak sampai cedera karena faktor kebetulan atau pencegahan. Sedangkan kejadian tidak diharapkan adalah cedera akibat tata laksana medis, dan bukan akibat perjalanan penyakit. Tidak semua kejadian tidak diharapkan disebabkan karena kesalahan, misalnya efek samping obat (Leape, 1994).

Kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cidera cukup sering terjadi ada sistem pelayanan kesehatan. Dalam suatu penelitian retrospektif, kejadian tidak diharapkan mencapai 10,8% dari semua pasien yang masuk ke bagian pelayanan akut di rumah sakit seluruh Inggris. Dari kasus tersebut, setengahnya memiliki elemen yang dapat dicegah dan sepertiganya menyebabkan morbiditas serius dan kematian. Pada sebuah laporan, 49% kesalahan diidentifikasi pada pemberian obat intravena. Johnson dkk dalam Dwiprahasto dan Kristin (2008) menemukan kesalahan yang berkaitan dengan obat menyebabkan 116 juta kunjungan tambahan ke dokter per tahun, 3 juta tambahan perawatan jangka panjang, dan total biaya sebesar 76,6 miliar dolar (Carrol, 2009).

Suatu kejadian nyaris cidera mewakili identifikasi potensi ancaman keamanan, yang dapat menyebabkan cedera. Secara umum, kegagalan sistem pada kejadian nyaris cidera dapat ditemukan pada kasus kesalahan yang mendatangkan cedera. Para ahli *human error* menyarankan bahwa identifikasi kejadian nyaris cidera dapat memperbaiki keselamatan pasien dengan mengidentifikasi kesalahan laten sebelum menyebabkan cedera berat. Sayangnya kejadian nyaris cidera banyak yang belum dilaporkan karena cedera yang diakibatkannya tidak nyata (Leape, 1994).

Suatu model yang menjelaskan bagaimana kecelakaan dapat menyebabkan cedera dikemukakan oleh James Reason sebagai model keju Swiss. Potongan-potongan keju Swiss yang berlubang pada suatu waktu dapat membentuk terowongan yang tembus. Demikianlah juga, pada suatu waktu dengan kombinasi berbagai kesalahan kecil, akhirnya memungkinkan suatu kecelakaan terjadi (Carroll, 2009).

Seringkali kesalahan dipandang dan dianalisa dari sisi aktif, yaitu dari orang yang langsung membuat kesalahan. Padahal di belakang kesalahan aktif, terdapat kesalahan laten, yaitu faktor tidak langsung yang memungkinkan kesalahan terjadi, antara lain faktor kebijakan dan prosedur. David Woods dan Richard Cook (dalam Carroll, 2009) menuliskannya sebagai model ujung tajam dan ujung tumpul, dengan asumsi ujung tajam adalah personel di garis depan yang membuat kesalahan, sedangkan ujung tumpul adalah pembuat kebijakan, peraturan, dan keputusan. National Health Service (Guwandi, 2005) menyatakan empat hal penting sebagai strategi dasar dalam menangani kesalahan pelayanan, yaitu: pelaporan adanya kesalahan, analisa terhadap penyebab, pembelajaran dari kesalahan, dan kebijakan manajemen dalam menghadapi kesalahan pelayanan.

Hal penting untuk membangun sistem keselamatan pasien adalah apakah staf klinis akan melaporkan kejadian. Beberapa persepsi keliru yang dapat ditemukan dalam hal pelaporan kejadian nyaris cedera, antara lain:

- “Jika saya dapat memperbaikinya, maka ini bukan kesalahan”
- “Jika bukan saya yang menyebabkannya, maka ini bukan kesalahan”
- “Jika ada pasien lain yang lebih kritis dan lebih membutuhkan daripada tata laksana yang akurat, maka ini bukan kesalahan”
- “Kesalahan administratif bukanlah benar-benar kesalahan pelayanan”
- “Jika tindakan saya dapat mencegah akibat yang lebih buruk, maka ini bukan kesalahan”
- “Jika semua orang mengetahuinya, maka ini bukan kesalahan”

Dari persepsi-persepsi yang keliru tersebut, penghambat aksi pelaporan kejadian antara lain disebabkan oleh: kurangnya pengetahuan tentang apa dan bagaimana melapor, kurangnya kepercayaan, sikap skeptis kalau melapor tidak akan membuat perubahan, keinginan untuk melupakan kejadian, ketakutan terhadap hukuman atau balas dendam, tekanan akibat waktu yang terbatas, serta kurangnya fokus terhadap kejadian (Carroll, 2009).

Pembelajaran terhadap kesalahan pelayanan hanya dapat berkembang pada suatu budaya organisasi yang mendukung. Budaya merupakan suatu komponen yang kuat, dan menjadi komponen yang nyata ketika suatu organisasi mencoba mengimplementasikan strategi baru. Budaya ABC (*accuse, blame, criticize* atau menuduh, mempersalahkan, dan mengkritik) yang masih banyak dipakai di berbagai organisasi rumah sakit tidaklah mendukung pengembangan program keselamatan pasien. Hutchinson (2009) menyatakan angka pelaporan dalam organisasi berkorelasi dengan budaya keamanan yang ada. Karena itu, setiap usaha untuk memperbaiki pelaporan dan pembelajaran dari kejadian sebaiknya dimulai dengan menilai budaya keamanan pada organisasi.

Secara tradisional, dalam pendidikan kedokteran, keperawatan, sekolah tinggi ilmu kesehatan, ketika suatu tindakan atau perilaku yang salah ditemukan, hal pertama yang dicari adalah 'siapa yang berbuat'. Fokus dari pendekatan ini adalah kesalahan individual. Di sisi lain, budaya keselamatan justru menanyakan 'apa yang terjadi', dan lebih menekankan pada sistem, lingkungan, pengetahuan, alur kerja, peralatan, dan tekanan lain yang dapat mempengaruhi perilaku.

Budaya tidak menghukum menjadi jalan keluar terhadap kesalahan pelayanan pada program keselamatan pasien. Lucien Leape menyebutnya sebagai budaya kebenaran, yang mengartikannya sebagai 'bukan berarti tidak ada hukuman. Hukuman diberikan pada perilaku sembrono, pelanggaran peraturan yang disadari, bukan pada *human error*'.

Semua partisipan dalam budaya keselamatan sensitif terhadap risiko, berusaha dimana dan bagaimana kesalahan berikutnya dapat terjadi dan kemudian

bekerja untuk mencegahnya. Setiap anggota berbagi informasi tentang kesalahan untuk mencegah terjadi pada orang lain, dan secara konstan mencari cara praktik terbaik. Setiap orang ikut bertanggung jawab terhadap keselamatan yang lainnya. Pemimpin dapat menghentikan proses yang berisiko, sebaliknya pemimpin perlu mendengarkan peringatan dan pendapat dari staf.

Budaya keselamatan dalam implementasi sistem manajemen keselamatan yang kuat mencakup: mendorong setiap orang bertanggung jawab akan keselamatan terhadap diri sendiri, rekan kerja, pasien, dan pengunjung; mengutamakan keselamatan di atas keuntungan dan tujuan organisasi; mendorong dan memberikan penghargaan terhadap identifikasi, pelaporan, dan penyelesaian isu keselamatan; memberi kesempatan pembelajaran dari kejadian celaka; mengalokasikan sumber daya, struktur, dan tanggung jawab yang sesuai untuk memelihara sistem keselamatan yang efektif; serta menghindari tindakan sembrono secara absolut.

Pada budaya kebenaran dalam keselamatan pasien, komunikasi harus terjadi dalam pola dua arah, dari pimpinan ke personel garis depan, dan sebaliknya. Demikian juga, tindakan diam terhadap kesalahan, harus diganti dengan keterbukaan, kejujuran mengenai kejadian yang menyangkut keselamatan pasien. Pelaporan dan kepatuhan terhadap prosedur keselamatan merupakan parameter yang dapat dijadikan tolok ukur berjalannya komunikasi keselamatan yang efektif serta menjadi elemen penting untuk mewujudkan pelayanan yang aman serta menuju budaya selamat. (Salim, 2006)

Pelaporan kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera dapat dilakukan oleh pemberi layanan medis (dokter, perawat, penata alat, ahli farmasi, dan sebagainya). Pasien dan keluarga juga dapat memberikan laporan tentang kesalahan pelayanan. Laporan dari pasien atau keluarga pasien umumnya merupakan kejadian yang telah menimbulkan cedera atau kerugian, sedangkan laporan dari pelayan medis dapat masih berupa kejadian yang berpotensi cedera, sehingga analisa dan intervensi dapat dilakukan lebih awal.

Terdapat empat prinsip inti yang menjadi pedoman dalam pelaporan kejadian (Mahajan, 2010):

- Peran dasar dari sistem pelaporan keselamatan pasien adalah meningkatkan keselamatan pasien dengan belajar dari kesalahan pada sistem pelayanan
- Pelaporan haruslah aman. Seseorang yang melapor tidak boleh dihukum atau menderita dampak buruk akibat laporan yang diberikannya
- Pelaporan hanya memberikan manfaat bila direspons secara konstruktif. Paling tidak, terdapat umpan balik dari analisis data temuan. Idealnya, terdapat rekomendasi untuk perubahan pada proses atau sistem
- Analisis, pembelajaran, dan berbagi pengetahuan dan pengalaman memerlukan ahli dan sumber daya dana. Pihak yang menerima laporan harus dapat menyebarluaskan informasi, membuat rekomendasi perubahan, dan memberikan informasi perkembangan solusi.

2.6. PERSEPSI

Persepsi adalah proses menginterpretasikan sensasi sehingga membuat sensasi tersebut memiliki arti. (Morgan dalam Manu, 2009). Ditinjau dari sudut pandang kesehatan, persepsi berarti sebuah proses yang dilakukan seseorang untuk memilih, menyusun, atau mengorganisasikan, dan memberi arti/makna terhadap pajanan stimulus internal dan eksternal. Robbin SP (2003) mendefinisikan persepsi sebagai suatu proses yang digunakan individu untuk mengelola dan menafsirkan kesan indera yang memberikan makna kepada lingkungan individu tersebut.

Berlyne dalam Sarwono (2006) memaparkan yang membedakan persepsi dari berpikir adalah: hal-hal yang diamati dari sebuah rangsangan bervariasi bergantung pola dari keseluruhan dimana rangsangan tersebut menjadi bagian,

persepsi bervariasi dari orang ke orang dan waktu ke waktu, persepsi bervariasi tergantung dari arah/fokus alat-alat indera, dan persepsi cenderung berkembang ke arah tertentu dan sekali terbentuk kecenderungan itu biasanya akan menetap.

Persepsi merupakan proses pengamatan seseorang yang berasal dari komponen kognisi yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman, proses belajar, wawasan, dan pengetahuan. Faktor yang mempengaruhi persepsi dapat berasal dari pihak yang membentuk persepsi, dalam obyek atau target yang dipersepsikan, atau dalam konteks situasi dimana persepsi tersebut dibuat (Robbin, 2003).



BAB III

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

3.1. Profil Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi beralamat di Jl. Teuku Umar, Cibitung, Bekasi, Jawa Barat resmi dibuka untuk umum pada tanggal 15 Agustus 2005, tipe Rumah sakit saat ini adalah tipe C. Fasilitas Pelayanan Rawat Inap berkapasitas 60 tempat tidur. Jumlah total tenaga kerja sebanyak 433 orang dengan tenaga paramedis perawatan sebanyak 159 orang.

3.2. Program Keselamatan Pasien RSUD Kab. Bekasi

Direktur RSUD Kab. Bekasi melalui Keputusan Direktur dengan nomor 445/267/RSUD/2009 membentuk Komite Keselamatan Pasien RSUD Kab. Bekasi. Komite tersebut memiliki tugas pokok, yakni: mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit; menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit; menjalankan peran dan melakukan monitor, edukasi, konsultasi, dan evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit; bersama dengan bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit; melakukan pencatatan, pelaporan, dan analisa masalah terkait dengan kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, dan kejadian sentinel; memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS PERSI; serta secara berkala membuat laporan kegiatan ke Direktur Rumah Sakit. Tugas pokok komite ini kemudian dibagi menjadi 3 seksi, yaitu: seksi identifikasi resiko, seksi analisa resiko, serta seksi monitoring dan evaluasi.

Adapun tujuan dari program Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah: terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit, dan terlaksananya program-program

pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD. Komite KPRS RSUD Kab. Bekasi dalam mencapai tujuan tersebut, memiliki fungsi: membudayakan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit, melakukan upaya umum pelaksanaan keselamatan, dan meningkatkan komunikasi yang efektif.

Pelaksanaan program KPRS di RSUD Kab. Bekasi dilakukan dengan 3 fase kegiatan, yakni: fase persiapan, fase pelaksanaan, dan fase evaluasi. Kegiatan program tersebut antara lain: sosialisasi KPRS, deklarasi kegiatan KPRS, penyusunan SPO Keselamatan Pasien, pelatihan identifikasi risiko di ruangan, kampanye gerakan *hand hygiene*, dan ronde keselamatan pasien. Dalam evaluasinya, dilaksanakan fungsi pelaporan, yang meliputi Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, dan Kejadian Sentinel. Pencatatan dan pelaporan insiden mengacu pada Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Rumah Sakit – PERSI. Pelaporan insiden terdiri atas pelaporan internal melalui alur pelaporan KPRS di internal rumah sakit, dan pelaporan eksternal dari rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Evaluasi program Keselamatan Pasien Rumah Sakit dilakukan secara berkala (paling lama 2 tahun) yang dimonitor oleh pimpinan rumah sakit. Unit Kerja Keselamatan Pasien Rumah Sakit direncanakan melakukan evaluasi kegiatan setiap triwulan dan membuat tindak lanjutnya.

Pelaksanaan evaluasi program KPRS telah dilaksanakan sejak tahun 2009. Diketahui hanya 7 kasus yang dibahas. Hal ini tidak menunjukkan bahwa kasus atau insiden yang terjadi di rumah sakit sedikit, tetapi lebih dikarenakan oleh sistem pelaporan yang belum baik. Data yang masuk juga belum detail dan akurat, sehingga sulit dilakukan investigasi. Data tahun 2010 sudah bertambah dibandingkan tahun sebelumnya, yakni menjadi 18 kasus. Hal ini menunjukkan kesadaran untuk melapor sudah mulai timbul di kalangan petugas RSUD, walaupun tetap belum menggambarkan keadaan yang sesungguhnya.

Dari hasil evaluasi dapat diketahui bahwa pada tahun 2009, kejadian karena terjatuh sebanyak 3 kasus (37,5%), kejadian karena kelalaian petugas sebesar 5 kasus (62,5%), dan karena tertukarnya identitas sebanyak 1 kasus (12,5%). Sedangkan data dari tahun 2010 dapat dilihat bahwa kasus karena terjatuh sebanyak 6 kasus (33,33%), karena kelalaian petugas, tertukar identitas,

flebitis dan alat rusak masing-masing 1 kasus (5,55%), karena tertimpa tabung oksigen dan terjebak di kamar mandi/lift masing-masing 2 kasus (11,11%), dan karena salah pemberian resep sebanyak 4 kasus (22,22%). Dari perbandingan data jenis kejadian dan frekuensi kejadian dapat dilihat bahwa varian jenis kejadian bertambah dari sebelumnya dengan frekuensi kejadian yang juga berubah, dengan kejadian tersering adalah terjatuh dan kelalaian petugas.

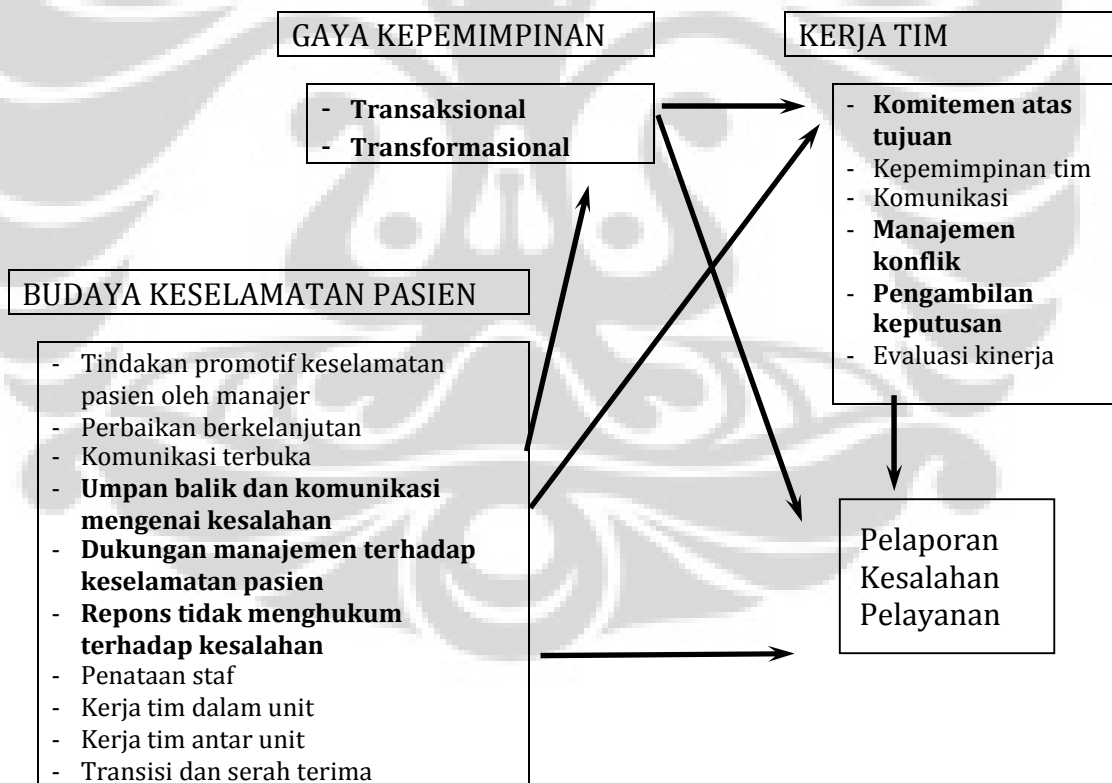
Evaluasi pelaporan yang dilakukan telah menghasilkan beberapa rekomendasi, antara lain: menekankan pentingnya pengawasan terhadap pasien, pelaporan dengan segera terhadap lantai yang licin dan peralatan yang rusak, serta pentingnya kedisiplinan dalam melakukan pertukaran shift atau saat meninggalkan ruang perawatan. Tindak lanjut yang diambil dari evaluasi tersebut antara lain: melakukan umpan balik ke unit-unit yang melapor dan juga ke seluruh unit sebagai bahan evaluasi di unit masing-masing, melapor ke Direktur mengenai hasil evaluasi, melaksanakan sosialisasi ulang, melakukan Analisa Akar Masalah, dan menyusun proses atau mendisain ulang proses pelayanan yang berpotensi menimbulkan kegagalan.

BAB IV

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS

4.1. Kerangka Teori

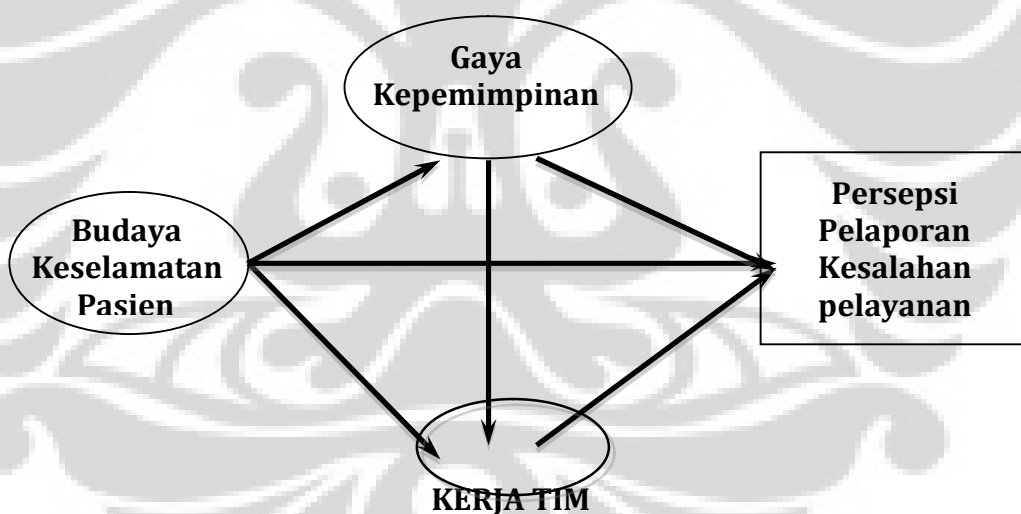
Dari teori-teori yang telah dipaparkan, maka dapat disusun kerangka teori yang menghubungkan faktor budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, kerja tim dan pelaporan kesalahan pelayanan dalam gambar 6.1. Teori budaya keselamatan pasien dikutip dari AHRQ (Stone et al, 2006, Nieva, 2003). Teori gaya kepemimpinan dikutip dari Bass dan Burn (Yukl, 1994). Hubungan antar variabel merupakan gabungan dari model Moray dan Flin (dalam Flin, 2009)



Gambar 4.1. Kerangka Teori

4.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori yang dijabarkan, kerangka konsep di bawah ini menampilkan faktor budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan dan kerja tim terhadap pelaporan kejadian kesalahan pelayanan. Metode yang digunakan melihat hubungan-hubungan antar variabel pada kerangka konsep dalam penelitian ini adalah dengan analisis jalur melalui pendekatan model persamaan terstruktur (*structural equation modeling*) hibrida (*hybrid*), yang mana variabel laten eksogen adalah budaya keselamatan pasien, dan variabel laten endogen adalah gaya kepemimpinan, tim kerja, dan persepsi pelaporan kesalahan pelayanan. Penggunaan model persamaan struktural hibrida dipakai karena pengaruh dan kontribusi dilakukan secara bersamaan terhadap variabel-variabel yang ada. Pengukuran terhadap variabel laten dilakukan secara tidak langsung melalui indikator-indikator reflektif.



Gambar 4.2. Kerangka Konsep

4.3. Definisi dan Pengukuran

No	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Pengukuran
1.	Budaya Keselamatan Pasien	Seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran, dan praktek sosial maupun teknis dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan atau mencelakakan pasien.	Seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran, dan praktek sosial maupun teknis dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan pasien, yang dapat diukur dengan indikator: <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien - Umpan balik mengenai kesalahan - Respons tidak menghukum terhadap kesalahan 	Alat ukur: kuesioner Cara ukur: mengisi kuesioner Skala ukur: interval Hasil ukur: semantik diferensial 1-7
2.	Gaya Kepemimpinan	Persepsi terhadap ciri seorang pemimpin dalam mempengaruhi orang lain untuk mencapai suatu tujuan tertentu, yang dapat dibagi menjadi kepemimpinan transaksional dan kepemimpinan transformasional.	Persepsi terhadap ciri seorang pemimpin dalam mempengaruhi orang lain untuk mencapai suatu tujuan tertentu, yang dapat dibagi menjadi: <ul style="list-style-type: none"> - Kepemimpinan transaksional, dengan indikator: <i>contigent reward, active management by exception, passive</i> 	Alat ukur: kuesioner Cara ukur: mengisi kuesioner Skala ukur: interval Hasil ukur: semantik diferensial 1-7

			<p><i>management by exception</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kepemimpinan transformasional, dengan indikator: <i>inspirational motivation, intellectual stimulation, individualized consideration, idealized influence</i> 	
3.	Kerja Tim	Dinamika suatu kumpulan individu dengan keahlian spesifik yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama	Dinamika suatu kumpulan individu dengan keahlian spesifik yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama, yang dapat diukur dengan: <ul style="list-style-type: none"> - Komitmen atas tujuan bersama - Pengambilan keputusan - Manajemen konflik 	Alat ukur: kuesioner Cara ukur: mengisi kuesioner Skala ukur: interval Hasil ukur: semantik diferensial 1-7
4.	Pelaporan Kesalahan Pelayanan	Persepsi perawat dalam melapor ketika menemukan kejadian kesalahan pelayanan	Persepsi perawat dalam melaporkan kejadian kesalahan pelayanan yang berpotensi celaka, hampir celaka, celaka ringan, kesalahan pencatatan, kesalahan pada rekan atau atasan	Alat ukur: kuesioner Cara ukur: mengisi kuesioner Skala ukur: interval Hasil ukur: semantik diferensial 1-7

4.3. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep, diperoleh beberapa hipotesis:

- H1 : Ada pengaruh budaya keselamatan pasien terhadap gaya kepemimpinan
- H2 : Ada pengaruh langsung dan tidak langsung budaya keselamatan pasien terhadap kerja tim
- H3 : Ada pengaruh langsung dan tidak langsung budaya keselamatan pasien terhadap persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan
- H4 : Ada pengaruh gaya kepemimpinan terhadap kerja tim
- H5 : Ada pengaruh langsung dan tidak langsung gaya kepemimpinan terhadap persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan
- H6 : Ada pengaruh kerja tim terhadap persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan

BAB V

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional*, yang mana tiap subjek hanya diobservasi satu kali saja, diukur menurut keadaan atau status pada observasi.

Penelitian ini untuk mencari pengaruh faktor budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, dan kerja tim, yang merupakan variabel eksogen, terhadap persepsi perawat dalam pelaporan kejadian kesalahan pelayanan sebagai variabel endogen. Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai data primer. Data jumlah laporan kejadian kesalahan pelayanan dari data rumah sakit digunakan sebagai data sekunder.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi pada bulan November 2011.

5.3. Populasi dan Sampel

Besar sampel merupakan total populasi yang ada.

Kriteria inklusi adalah seluruh perawat pelaksana yang berpraktik di unit rawat inap rumah sakit tempat penelitian dilakukan.

Kriteria eksklusi adalah:

- Perawat pelaksana yang sedang cuti atau sakit saat kuesioner disebarkan.
- Kepala ruangan atau wakil kepala ruangan

5.4. Pengumpulan Data

5.4.1. Sumber Data

Data primer didapat dari kuesioner yang disebarkan dengan tidak mencantumkan nama untuk menjaga kerahasiaan dan mendapatkan informasi yang lebih terbuka.

5.4.2. Instrumen Pengumpulan Data

Kuesioner yang dipakai untuk mengukur variabel-variabel didisain untuk mendapatkan hasil dalam skala interval dengan 7 pilihan semantik diferensial.

Sebelum digunakan, kuesioner diuji coba terlebih dahulu untuk melihat validitas dan reabilitas. Uji coba dilaksanakan pada sebagian sampel yang nantinya akan diikutsertakan sebagai data pada penelitian.

Kuesioner terdiri atas 5 bagian, yaitu:

1. Kuesioner profil responden, yang mencakup umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan lama kerja.
2. Kuesioner gaya kepemimpinan, dengan susunan pertanyaan berdasarkan indikator:

Gaya kepemimpinan transaksional:

- *contingent reward*: pertanyaan butir 1, 8, 15, 22, 29
- *active management by exception*: pertanyaan butir 2, 8, 16, 30
- *passive management by exception*: pertanyaan butir 3, 9, 17, 31

Gaya kepemimpinan transformasional:

- *inspirational motivation*: pertanyaan butir 4, 10, 18, 32
- *intellectual stimulation*: pertanyaan butir 5, 11, 19, 33
- *individualized consideration*: pertanyaan butir 6, 12, 20, 34
- *idealized influence*: pertanyaan butir 7, 13, 21, 35

3. Kuesioner budaya keselamatan pasien, dengan susunan pertanyaan berdasarkan indikator:

- Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien: pertanyaan 1-5
- Umpan balik mengenai kesalahan: pertanyaan 6-10
- Respons tidak menghukum terhadap kesalahan: pertanyaan 11-15

4. Kuesioner kerja tim, dengan susunan pertanyaan berdasarkan indikator:

- Komitmen atas tujuan bersama: pertanyaan 1-5
- Pengambilan keputusan: pertanyaan 6-10
- Manajemen konflik: pertanyaan 11-15

5. Kuesioner persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat yang terdiri atas 10 pertanyaan (pertanyaan 1-10)

5.4.3. Cara Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan dengan bantuan rekan peneliti dalam menyebarkan kuesioner. Untuk memberikan pengertian dan pemahaman yang sama bagi para anggota tim peneliti, dilakukan kalibrasi dengan memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, pentingnya peran pengumpul data kuesioner, penjelasan butir-butir kuesioner, cara penyampaian data, pengisian dan masalah-masalah yang mungkin timbul di lapangan.

5.5. Pengolahan Data, Uji Validitas dan Reabilitas

5.5.1. Pengolahan data

Dilakukan dengan tahapan-tahapan berikut:

1. *Editing* (menyunting data)

Kegiatan ini dilakukan dengan tujuan untuk melihat dan meneliti ulang kelengkapan pengisian jawaban kuesioner berkaitan dengan kemungkinan kesalahan dan melihat konsistensi jawaban.

2. *Scoring dan Coding* (pemberian bobot dan kode)

Pemberian kode yang mana jawaban yang diperoleh diklasifikasi menurut jenisnya dan dikonversi ke dalam bentuk yang lebih ringkas berupa angka-angka sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

3. *Entry data* (memasukkan data)

Pemberian kode untuk setiap kelompok pernyataan diproses dengan menggunakan komputer.

4. *Cleaning* (membersihkan data)

Setelah data dimasukkan, kemudian dilakukan pengecekan ulang untuk memastikan apakah data yang dimasukkan tidak ada kesalahan. Setelah itu, data siap dianalisa dengan bantuan program komputer.

V.5.2. Uji validitas.

Uji validitas bertujuan menentukan ketepatan alat ukur terhadap konsep yang diukur. Untuk itu, terlebih dahulu dicari nilai korelasi antara bagian-bagian dari alat ukur secara keseluruhan dengan cara mengkorelasikan setiap butir alat ukur dengan skor total yang merupakan jumlah tiap skor butir. Untuk menghitung validitas alat ukur, digunakan rumus *Pearson Product Moment*. Uji validitas dilakukan setelah data dari seluruh kuesioner terkumpul.

5.5.3. Uji reabilitas

Uji reabilitas dilakukan untuk mendapatkan tingkat keajegan instrumen yang dipergunakan. Dilakukan dengan menganalisa reabilitas instrumen dari satu kali pengukuran dengan rumus *Cronbach Alpha*. Uji reabilitas dilakukan setelah data dari seluruh kuesioner terkumpul.

5.6. Analisa Data

Analisa data yang terkumpul dilakukan dengan menghitung rerata/mean dan simpangan baku/standar deviasi. Nilai yang diperoleh kemudian dipersentasikan dan diklasifikasikan menjadi rendah, sedang, dan tinggi. Pengklasifikasian mengacu pada ketentuan yang dikemukakan oleh Arikunto (1998) dalam Ramdhani (2006) dengan penentuan rentang skor sebagai berikut:

$$\text{Rentang skor} = \frac{\text{Skor tertinggi} - \text{skor terendah}}{\text{Jumlah klasifikasi}}$$

Dengan skala pengukuran terbesar adalah 7 dan skala pengukuran terkecil adalah 1, maka nilai persentase terbesar adalah $7/7 \times 100\% = 100\%$, dan nilai persentase terkecil adalah $1/7 \times 100\% = 14\%$. Dari nilai terkecil sampai terbesar, terdapat rentang sebesar $100\% - 14\% = 86\%$. Rentang tersebut dibagi tiga sesuai dengan klasifikasi dan didapatkan nilai interval persentase sebesar $86\% / 3 = 28,7\%$. Dari nilai interval tersebut, maka kriteria penilaian kuat lemahnya indikator/dimensi dirinci sebagai berikut:

Tabel 5.1. Kriteria Penilaian Berdasarkan Persentase

No.	Persentase	Kriteria Penilaian
1.	14– 42,7	Rendah / lemah
2.	42,8 – 71,4	Sedang
3.	71,5– 100	Tinggi / kuat

Analisa data secara multivariat dilakukan dengan teknik *Structural Equation Modeling* (SEM) untuk mencari pengaruh langsung dan tidak langsung antara variabel yang diteliti secara bersamaan (Wijanto, 2008). Teknik analisa ini dapat mengestimasi beberapa persamaan regresi berganda yang saling berkaitan dan dapat menunjukkan konsep-konsep tidak teramati serta hubungan-hubungan yang ada di dalamnya. (Wijanto, 2008). *Component based SEM* yakni metode analisis *Partial Least Square* (PLS) dipakai dalam penelitian ini karena tidak mengasumsikan data dengan pengukuran skala tertentu serta dapat dipakai pada sampel yang terbatas (Ghozali, 2008)

5.7. Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dalam bentuk tekstular, tabular, dan grafikal.

BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1. Validitas dan Reabilitas Kuesioner Penelitian

Uji validitas dan reabilitas dilakukan pada keempat variabel penelitian, yaitu gaya kepemimpinan, budaya keselamatan pasien, tim kerja, dan persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat. Uji validitas dan reabilitas tiap butir pertanyaan dilakukan sebelum data diuji dalam analisa metode *Partial Least Square* (PLS).

Uji validitas butir digunakan untuk mengukur sejauh mana ketepatan alat ukur, dalam hal ini adalah kuesioner, dalam mengukur suatu data. Dari uji validitas, dapat diperoleh item-item pertanyaan mana yang dapat digunakan sebagai alat ukur sebuah dimensi dalam penelitian ini. Suatu pertanyaan dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*. Kuesioner yang digunakan untuk ukuran valid tidaknya sebuah pertanyaan dapat dilihat dari nilai korelasi Pearson yang ditampilkan dari hasil analisisnya (*corrected item-total correlation*) yang nilainya harus lebih besar dari nilai r tabel. Untuk jumlah responden 77 orang, derajat kebebasannya adalah $77-2=75$, maka nilai r tabelnya adalah 0,217.

Reabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan alat ukur yang sama. Pertanyaan dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Uji ini menggunakan indikator nilai *alpha Crombach*, dimana suatu pertanyaan dikatakan reabel jika nilai r alpha $>$ r tabel.

Kuesioner yang kembali dan dapat dilakukan analisa adalah sebanyak 77 buah dari 86 orang perawat pelaksana yang diminta menjadi responden. Sebanyak 8 orang perawat sedang menjalani cuti atau sakit.

Dari uji validitas dan reabilitas terhadap data yang ada, didapatkan beberapa pertanyaan yang tidak valid maupun yang tidak reabel. Hasil pengujian memperlihatkan bahwa indikator dukungan manajemen dari dimensi budaya

keselamatan pasien dan indikator pengambilan keputusan dari dimensi kerja tim tidak dapat dianalisa karena kesemua pertanyaannya tidak valid dan tidak reabel. Pertanyaan lain yang dianulir adalah butir pertanyaan keempat dari indikator respon tidak menghukum pada indikator budaya keselamatan pasien, dan pertanyaan kedua dan ketiga dari indikator penanganan konflik pada dimensi kerja tim.

6.2. Karakteristik Responden

Tabel 6.1. Karakteristik responden

No.	Indikator	Jumlah	Persentase
1.	Jenis Kelamin Laki-laki	10	13
	Perempuan	67	87
2.	Pendidikan SPK	2	2,6
	D3	71	92,2
	S1	4	5,2
3.	Lama kerja <=4 tahun	44	57,1
	>4 tahun	33	42,9
4.	Umur <= 30 tahun	52	67,5
	>30 tahun	25	32,5

Dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa responden kebanyakan adalah perempuan sebanyak 67 orang (87%), tingkat pendidikan D3 sebanyak 71 orang (92%), dengan usia di bawah 30 tahun yang berjumlah 52 orang (67,5%).

6.3. Uji Karakteristik Responden Terhadap Variabel

Dalam menilai pertanyaan sebagai alat ukur suatu indikator, perlu diperhatikan pengaruh karakteristik responden Suatu pertanyaan yang baik tidak akan memberikan jawaban yang berbeda dari responden yang berbeda karakteristiknya. Dari tabel berikut ditampilkan hubungan karakteristik responden terhadap keseluruhan pertanyaan dari variabel penelitian:

Tabel 6.2. Uji karakteristik responden terhadap semua variabel

No.	Karakteristik respond	Nilai p
1	Jenis Kelamin	1,000
2	Pendidikan	0,351
3	Lama Kerja	0,322
4	Umur	0,618

Dari tabel tersebut, didapatkan nilai p yang tidak signifikan, yang artinya pertanyaan-pertanyaan dari semua variabel tidak dipengaruhi oleh perbedaan karakteristik responden.

6.4. Analisis Univariat

Dari perhitungan rerata semua pertanyaan, didapatkan pertanyaan dari variabel budaya terlihat rerata terendah pada pertanyaan budaya2.1 (52%), sedangkan rerata tertinggi adalah pertanyaan budaya2.5 (74%). Pada variabel kepemimpinan transaksional, pertanyaan dengan rerata terendah adalah pimpinA1.1 (31%), sedangkan rerata tertinggi adalah pertanyaan pimpinA2.16 (72%). Pada variabel kepemimpinan transformasional, pertanyaan dengan rerata terendah adalah pertanyaan pimpinB3.27 (56%) dan yang tertinggi adalah pertanyaan pimpinB1.11 (74%). Pada variabel tim kerja, pertanyaan dengan rerata terendah adalah tim3.1 (59%) dan tertinggi adalah tim1.1 (78%). Pada variabel pelaporan kesalahan pelayanan, pertanyaan dengan rerata terendah adalah lapor8 (58%), dan yang tertinggi adalah lapor2 (76%).

Gambaran distribusi dari setiap indikator dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 6.3. Distribusi Indikator

Indikator	Rerata	SD	Persentase
Budaya Keselamatan Pasien	4,52	0,22	64
- Umpan balik	4,68	0,60	67
- Respons tidak menghukum	4,36	0,19	62
Kepemimpinan Transaksional	3,91	1,05	64
- <i>Contigen reward</i>	2,71	0,38	62
- <i>Active management by exception</i>	4,56	0,36	65
- <i>Passive management by exception</i>	4,48	0,28	64
Kepemimpinan Transformasional	4,59	0,23	66
- <i>Inspirational motivation</i>	4,83	0,31	69

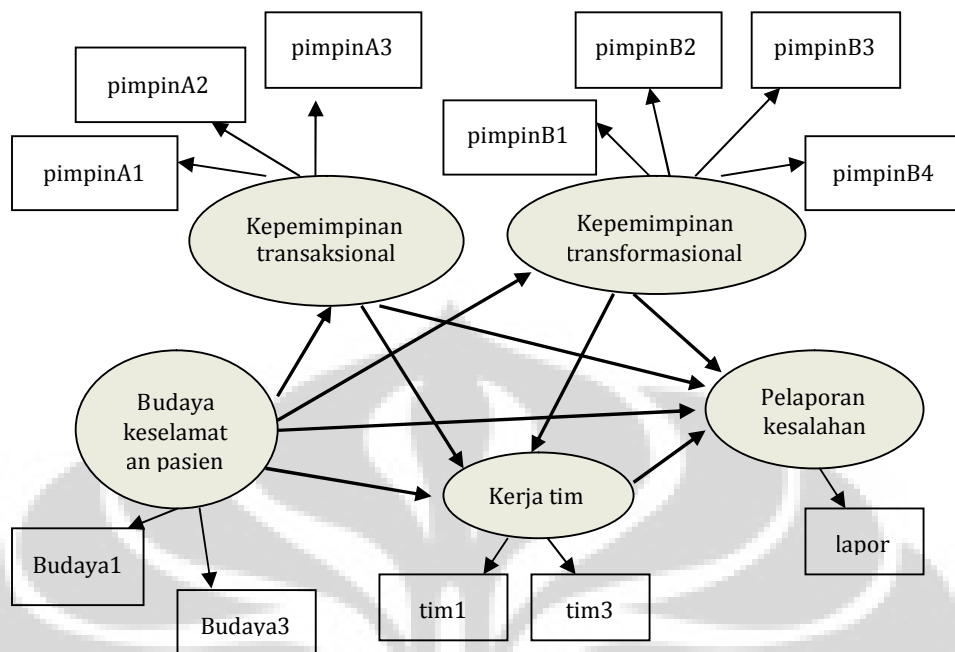
- <i>Intellectual stimulation</i>	4,51	0,12	64
- <i>Individualized consideration</i>	4,31	0,35	62
- <i>Idealized influence</i>	4,72	0,38	67
Kerja Tim	4,88	0,43	70
- Komitmen atas tujuan	5,19	0,66	74
- Penanganan konflik	4,58	0,29	65
Pelaporan Kesalahan Pelayanan oleh Perawat	4,78	0,52	68

Dari tabel tampak dari skala 1-7, rerata budaya keselamatan pasien dari 2 indikator adalah 4,52 (64%). Pola kepemimpinan yang sedikit lebih dominan di unit rawat inap RS Kab. Bekasi adalah pola kepemimpinan transformasional, dengan rerata 4,59 (66%), dibandingkan pola kepemimpinan transaksional dengan rerata 3,91 (64%). Rerata kerja tim adalah 4,88 (70%). Dan pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat dengan rerata 4,78 (68%). Keseluruhan indikator dari setiap variabel masuk dalam kriteria sedang (dalam rentang persentase 46,7 – 73,3), kecuali indikator komitmen atas tujuan yang tinggi/kuat dengan rerata 5,19 (74%)

6.5. Model Pengukuran Pada PLS

Metode *Partial Least Square* (PLS) dipakai dalam pengolahan data penelitian. Metode PLS menggunakan pendekatan *distribution free*, yaitu tidak mengasumsikan data berdistribusi tertentu, dapat berupa nominal, kategori, ordinal, interval, dan rasio. PLS merupakan *factor indeterminacy* metode analisis yang kuat oleh karena tidak mengasumsikan data harus dengan pengukuran skala tertentu, jumlah sampel kecil. Pendekatan PLS lebih cocok untuk tujuan mendapatkan nilai variabel laten untuk tujuan prediksi. PLS dapat dianggap sebagai model alternatif dari *Covariance Based Structural Equation Model* (CBSEM). PLS dimaksudkan untuk *causal-predictive analysis* dalam situasi kompleksitas yang tinggi dan dukungan teori yang rendah (Ghozali, 2008).

Pada penelitian ini data yang didapatkan tidak terdistribusi secara *normal multivariate* dan jumlah sampel yang tidak mencukupi untuk memenuhi kriteria yang dapat dianalisa dengan model CBSEM, sehingga model PLS dapat dijadikan alternatif. Model yang akan diuji pada penelitian ini digambarkan pada skema berikut:

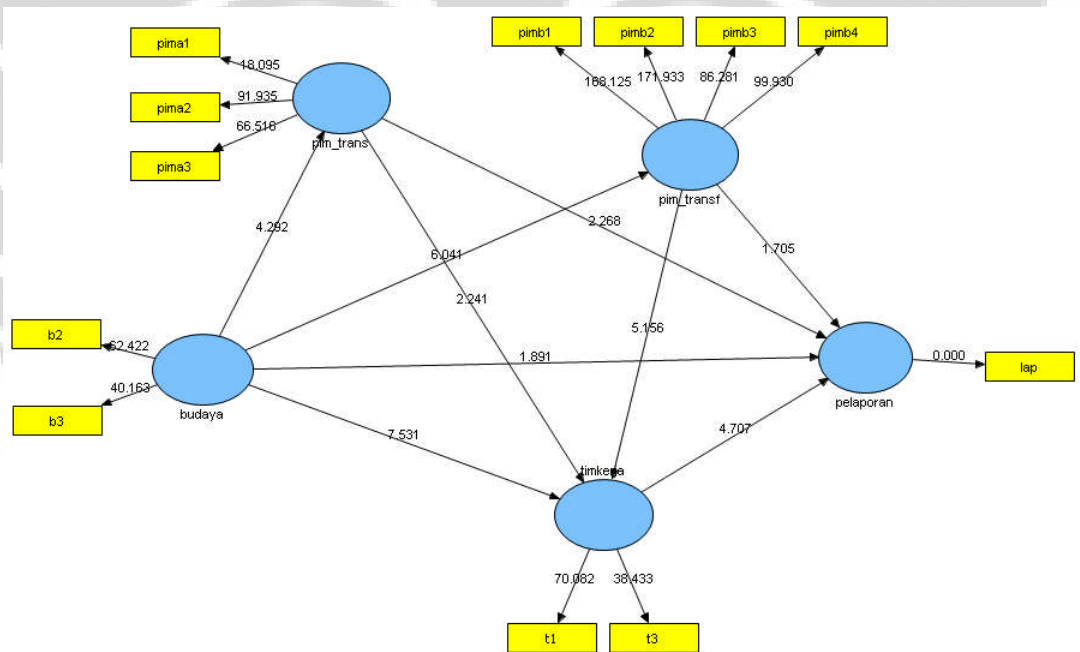
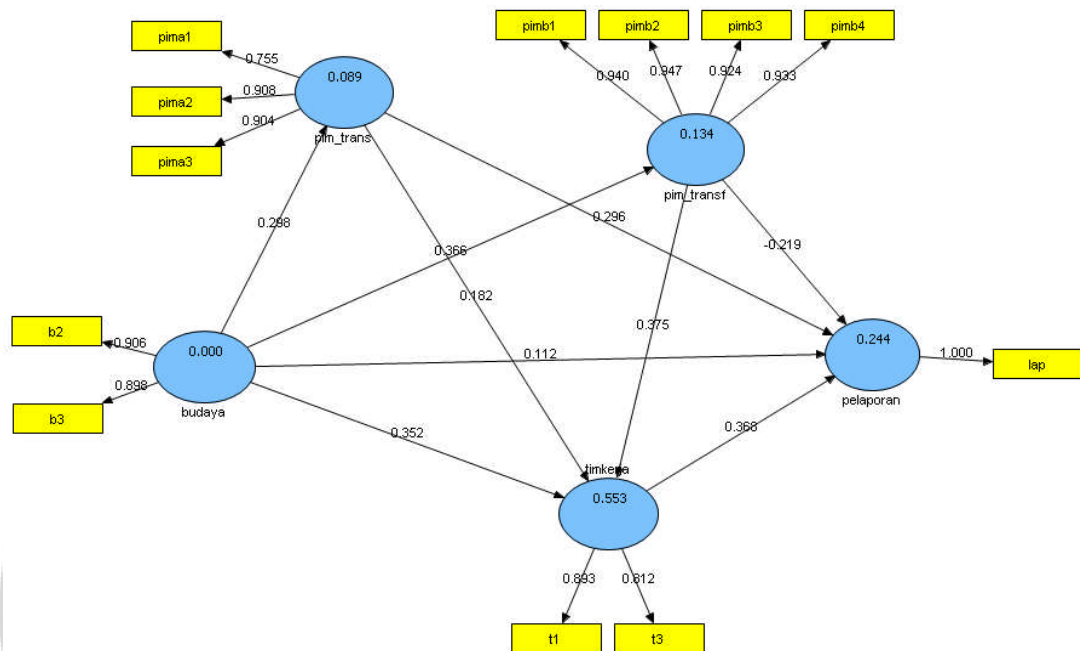


Gambar 6.1. Model kerangka konsep dengan indikator

Keterangan:

- Variabel budaya keselamatan pasien direfleksikan dengan dua indikator, yaitu: umpan balik terhadap kesalahan (*budaya2*) dan respon tidak menghukum terhadap kesalahan (*budaya3*).
- Variabel gaya kepemimpinan transaksional direfleksikan dengan tiga indikator, yaitu: *contingen reward* (*pimpinA1*), *active management by exception* (*pimpinA2*), dan *passive management by exception* (*pimpinA3*).
- Variabel gaya kepemimpinan transformasional direfleksikan dengan empat indikator, yaitu: *inspirational motivation* (*pimpinB1*), *intellectual stimulation* (*pimpinB2*), *individualized consideration* (*pimpinB3*), dan *idealized influence* (*pimpinB4*).
- Variabel kerja tim direfleksikan dengan dua indikator, yaitu: komitmen terhadap tujuan (*tim1*) dan penanganan konflik (*tim3*).

Berikut adalah hasil dari algoritma PLS:



Gambar 6.2. Algoritma PLS

6.5.1. Evaluasi Model

Model evaluasi PLS berdasarkan pada pengukuran prediksi yang mempunyai sifat non-parametrik. Model pengukuran atau *outer model* dengan indikator refleksif dievaluasi dengan *convergent* dan *discriminant validity* dari indikatornya dan *composite reliability* untuk blok indikatornya. Model struktural atau *inner model* dievaluasi dengan melihat nilai R² untuk konstruk laten dependen dengan menggunakan ukuran *Stone-Geisser Q square test* dan juga melihat besarnya koefisien jalur strukturalnya. Stabilitas dari estimasi ini dievaluasi dengan menggunakan uji t-statistik yang didapat lewat prosedur *bootstrapping*. (Ghozali, 2008)

6.5.2. Pengujian Outer Model / Measurement Model

6.5.2.1. Convergent validity

Convergent validity dari model pengukuran dengan indikator refleksif dinilai berdasarkan korelasi antara *item score / component score* dengan *construct score* yang dihitung dengan PLS. Ukuran refleksif individual dikatakan tinggi jika berkorelasi lebih dari 0,70 dengan konstruk yang ingin diukur. Namun demikian untuk penelitian tahap awal dari pengembangan skala pengukuran nilai loading 0,50 sampai 0,60 dianggap cukup. (Chin, 2001)

Keluaran korelasi antara indikator dan konstraknya pada model penelitian ini terlihat dari tabel berikut:

Tabel 6.4. *Outer Loadings*

	Original Sample (O)	T Statistics (IO/STERRI)
budaya2 <- budaya	0.906384	62.422411
budaya3 <- budaya	0.897527	40.162726
pimpinA1 <- pimpin transaksional	0.754784	18.095407
pimpinA2 <- pimpin transaksional	0.907971	91.934778
pimpinA3 <- pimpin transaksional	0.903785	66.515779
pimpinB1 <- pimpin transformatif	0.939931	168.125279

pimpinB2 <- pimpin transformatif	0.946493	171.933327
pimpinB3 <- pimpin transformatif	0.923872	86.280557
pimpinB4 <- pimpin transformatif	0.932665	99.930056
tim1 <- tim kerja	0.883672	70.081511
tim3 <- tim kerja	0.824404	38.432914
lapor <- pelaporan	1.000000	

Berdasarkan pada *outer loading* di atas, terlihat bahwa semua indikator memiliki *loading* lebih dari 0,50 dan signifikan dengan nilai T statistik di atas 1,96 sehingga semua indikator dinyatakan memenuhi kriteria *convergent validity*.

6.5.2.2. *Discriminant Validity*

Pengukuran *discriminant validity* dari model pengukura dengan indikator refleksif dinilai berdasarkan *cross loading* pengukuran dengan konstruk. Jika korelasi konstruk dengan item pengukuran lebih besar daripada ukuran konstruk lainnya, maka hal tersebut menunjukkan bahwa konstruk laten memprediksi ukuran dengan blok mereka lebih baik daripada ukuran pada blok lainnya. Tabel berikut memperlihatkan hasil analisa *cross loading* PLS untuk model penelitian ini:

Tabel 6.5. *Cross Loading*

	budaya	Pimpin transaksi	Pimpin transformasi	Tim kerja	pelaporan
budaya2	0.906280	0.259300	0.386165	0.499213	0.254225
budaya3	0.897636	0.278554	0.270832	0.481145	0.325472
pimpinA1	0.153197	0.754748	0.601473	0.398149	0.309941
pimpinA2	0.307899	0.907898	0.842817	0.642684	0.368242
pimpinA3	0.280799	0.903907	0.797603	0.511524	0.253021
pimpinB1	0.388439	0.841580	0.939922	0.705450	0.359803

pimpinB2	0.325621	0.804935	0.946504	0.638386	0.310058
pimpinB3	0.222155	0.840083	0.923798	0.510687	0.194204
pimpinB4	0.396790	0.820454	0.932720	0.596761	0.331000
tim1	0.635974	0.513221	0.557764	0.893212	0.446225
tim3	0.246638	0.552461	0.586339	0.812460	0.341519
Lapor	0.320496	0.364296	0.328381	0.466912	1.000000

Dari tabel terlihat bahwa korelasi setiap konstruk dengan masing-masing indikatornya lebih tinggi dibandingkan dengan korelasi indikator dengan konstruk lainnya. Hal ini menunjukkan indikator merefleksikan variabel yang bersangkutan atau berarti *outer model* memenuhi *discriminant validity*.

Discriminant validity juga dapat dinilai dengan melihat nilai *Average Variance Extracted* (AVE), yang mana model yang baik bila AVE masing-masing konstruk nilainya lebih besar dari 0,5. Berikut adalah tabel yang memperlihatkan nilai AVE setiap konstruk pada penelitian ini:

Tabel 6.6. *Average Variance Extracted* (AVE)

KONSTRUK	AVE
Budaya Keselamatan Pasien	0,81
Kepemimpinan Transaksional	0,74
Kepemimpinan Transformasional	0,88
Tim Kerja	0,73
Persepsi pelaporan	1,00

Dari tabel AVE juga terlihat bahwa semua konstruk memiliki nilai lebih dari 0,5 yang berarti memenuhi syarat *discriminant validity*.

6.5.2.3. Uji Reabilitas Konstruk

Penilaian reabilitas blok indikator dilakukan untuk mengukur apakah suatu konstruk dapat dievaluasi atau tidak. Pengukurannya dapat dilakukan dengan dua ukuran, yaitu *internal consistency* dan *Chronbach's Alpha*.

Dibandingkan *Chronbach's Alpha*, pengukuran dengan *internal consistency* tidak mengasumsikan *tau equivalence* antar pengukuran dengan asumsi semua indikator diberi bobot sama, sehingga *Chronbach's Alpha* cenderung *lower bound estimate reliability*.

Penilaian dapat dilihat dari keluaran analisa PLS berupa *composite reability* dan *Cronbach Alpha*. Tabel berikut memperlihatkan keluaran pengukuran reabilitas pada penelitian ini:

Tabel 6.7. *Composite Reability*

Konstruk	<i>Composite Reability</i>
Budaya Keselamatan Pasien	0,90
Kepemimpinan Transaksional	0,89
Kepemimpinan Transformasional	0,96
Kerja Tim	0,84
Persepsi pelaporan Kesalahan	1,00

Tabel 6.8. *Cronbach's Alpha*

Konstruk	<i>Cronbach's Alpha</i>
Budaya Keselamatan Pasien	0,77
Kepemimpinan Transaksional	0,82
Kepemimpinan Transformasional	0,95
Kerja Tim	0,63
Persepsi pelaporan Kesalahan	1,00

Dari kedua tabel di atas, dapat dilihat bahwa kesemua konstruk memiliki nilai *composite reability* dan *Cronbach's Alpha* lebih dari 0,7, kecuali nilai *Cronbach's Alpha* variabel kerja tim. Nilai tersebut dapat lebih rendah karena estimasi yang lebih rendah, dibuktikan dengan *composite reability* yang lebih tinggi dari 0,7.

6.5.2. Pengujian *Inner Model* / Model Struktural

Pengujian terhadap model struktural dilakukan dengan melihat nilai *R-square* yang merupakan uji *goodness-fit model*. Dalam menilai model dengan PLS, kita mulai dengan melihat *R-square* untuk setiap variabel laten dependen. Interpretasinya sama dengan interpretasi pada regresi. Perubahan nilai *R-square* dapat digunakan untuk menilai pengaruh variabel laten independen tertentu

terhadap variabel laten dependen apakah mempunyai pengaruh yang substantif. Berikut adalah tabel *R-square* untuk penelitian ini:

Tabel 6.9. *R-square*

Variabel	<i>R-square</i>
Kepemimpinan Transaksional	0,09
Kepemimpinan Transformasional	0,13
Tim Kerja	0,55
Persepsi pelaporan Kesalahan	0,24

Dari tabel dapat dapat dihitung kesesuaian model terhadap data yang ada dengan mencari nilai Q^2 sebagai berikut:

$$\begin{aligned} Q^2 &= 1 - (1-0,09)(1-0,13)(1-0,55)(1-0,24) \\ &= 1 - 0,26 \\ &= 0,74 \text{ atau } 74\% \end{aligned}$$

$$\text{Galat model} = 100\% - 74\% = 26\%$$

Nilai Q^2 adalah 74% yang artinya model hasil analisis dapat menjelaskan sebesar 74% terhadap fenomena yang dikaji.

Sedangkan sisanya merupakan error dari model, yaitu 26%, dijelaskan oleh variabel lain yang belum terdapat di dalam model ini.

6.5.3. Signifikansi Hubungan

Uji signifikansi hubungan antar variabel dapat dilihat dari nilai koefisien parameter dan nilai signifikansi statistiknya. Nilai tersebut dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 6.10. *Path Coefficients*

	Original Sample (O)	T Statistics (O/STERR)
budaya -> pelaporan	0.116271	1.890820
budaya -> pimpin transaksi	0.297899	4.292405
budaya -> pimpin transform	0.365469	6.041462
budaya -> tim kerja	0.343519	7.530703
Pimpin transaksi ->	0.297037	2.268100

pelaporan		
Pimpin transaksi -> tim kerja	0.183016	2.240928
Pimpin transform -> pelaporan	-0.219444	1.704991
Pimpin transform -> tim kerja	0.378990	5.156377

Dari tabel dapat dilihat bahwa pada *confident interval* 0,05 dengan nilai t statistik harus melebihi 1,98, maka pada hubungan antara variabel budaya terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan, dan pada hubungan kepemimpinan transformasional terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan nilai t statistik di bawah 1,98, yang tidak bermakna secara statistik. Namun apabila *confident interval* diturunkan menjadi 0,10 dengan batas kemaknaan t statistik di atas 1,28, maka semua hubungan memiliki kemaknaan.

Besarnya hubungan signifikansi tersebut dapat dirinci dari tabel berikut:

Tabel 6.11. Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Antar Variabel

	Pengaruh langsung	Pengaruh tidak langsung	Total Pengaruh
Budaya --> Pelaporan	0,12	$0,30 \times 0,30 = 0,09$ $0,37 \times -0,22 = -0,08$ $0,34 \times 0,37 = 0,13$ $0,30 \times 0,18 \times 0,37 = 0,02$ $0,37 \times 0,38 \times 0,37 = 0,05$	0,23
Pimpin transaksi -> Pelaporan	0,30	$0,18 \times 0,37 = 0,07$	0,37
Pimpin transform-> Pelaporan	-0,22	$0,38 \times 0,37 = 0,14$	-0,08
Kerja tim --> Pelaporan	0,37	-	0,37
Total pengaruh			0,89

Dari tabel di atas, dapat diambil kesimpulan:

- Kenaikan 1 unit pada variabel budaya keselamatan pasien, maka terjadi kenaikan 0,23 unit pada variabel persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat
- Kenaikan 1 unit pada variabel kepemimpinan transaksional maka terjadi kenaikan 0,37 unit pada variabel persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat

- Kenaikan 1 unit pada variabel kepemimpinan tranformasional maka terjadi penurunan 0,08 unit pada variabel persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat
- Kenaikan 1 unit pada variabel tim kerja maka terjadi kenaikan 0,37 unit pada variabel persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat.

Maka dari tabel didapatkan total pengaruh dari keseluruhan variabel eksogen terhadap variabel endogen (persepsi persepsi pelaporan kesalahan pelayanan) adalah sebesar 89%.

Persamaan linier pada penelitian ini adalah:

$$\text{Persepsi pelaporan} = 0,12.\text{budaya keselamatan pasien} + 0,30.\text{kepemimpinan transaksional} - 0,22.\text{kepemimpinan transformasional} + 0,37.\text{kerja tim} + 0,26$$

BAB VII PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini, terdapat beberapa keterbatasan, antara lain:

1. Keseluruhan populasi menjadi responden dalam penelitian ini, sekalipun demikian, jumlah responden tidak mencukupi syarat untuk dapat menggunakan analisa dengan metode *covariant based SEM*.
2. Kuesioner dibagikan saat jam kerja, yang ditujukan agar responden tidak menunda pengisian kuesioner dan berisiko hilang. Namun kelemahannya, responden mengisi di waktu luang, sehingga sulit untuk didampingi. Terdapat kemungkinan responden salah persepsi dalam membaca kuesioner, walaupun tidak ada responden mengeluh sulit dalam pengisian kuesioner saat ditanya oleh peneliti.
3. Penelitian ini tidak didahului penggalan informasi secara kualitatif tentang aktivitas keselamatan pasien, khususnya pelaporan kesalahan pelayanan, di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi, sehingga dimungkinkan adanya variabel-variabel yang berperan dalam persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan tidak diperhitungkan dalam penelitian ini.
4. Penelitian tentang topik keselamatan pasien, khususnya tentang pelaporan kesalahan pelayanan, masih jarang dipublikasikan dan hanya terbatas untuk kepentingan internal. Penelitian yang mencari hubungan antara keselamatan pasien dan faktor-faktor lain, terutama faktor gaya kepemimpinan, juga masih jarang ditemukan. Hal tersebut membuat perbandingan dengan penelitian sejenis sulit dilakukan.
5. Penelitian ini menilai persepsi sehingga tidak dapat mengukur keadaan nyata karena persepsi masih berupa tanggapan terhadap suatu fenomena dan belum menjadi nyata dalam bentuk perilaku.

6. Penelitian ini mencari hubungan dari beberapa variabel, sehingga indikator yang dipakai untuk mengukur variabel-variabel tersebut dibatasi, terutama variabel budaya keselamatan pasien. Karena itu, indikator yang dipilih adalah indikator yang dianggap paling berperan dalam variabel tersebut.

7.2. Pembahasan Hasil Penelitian

Total pengaruh yang didapatkan dari model pada penelitian ini memperlihatkan hubungan antar variabel sebesar 89%. Budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, dan kerja tim mempengaruhi persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat secara nyata sebesar 89%. Pengaruh lainnya sebesar 11% tidak dapat dijelaskan oleh model penelitian ini, yang artinya terdapat faktor-faktor lain yang berpengaruh pada persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi.

7.2.1. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien

Budaya dalam suatu organisasi kesehatan merupakan hal yang penting karena budaya memegang peranan bagaimana kesalahan dapat dideteksi dan ditangani (Kohn, 2000). Menurut Flemming (2006), membangun dan merubah budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara menyeluruh. Bila fokus perbaikan ditujukan pada budaya keselamatan pasien, maka keluaran akan lebih baik dibandingkan bila berfokus pada program saja.

Budaya keselamatan pasien pada suatu rumah sakit ditentukan oleh beberapa faktor seperti yang dikemukakan oleh AHRQ (Stone et al, 2006). Namun pada penelitian ini, budaya keselamatan pasien diukur dengan dua indikator, yaitu: umpan balik terhadap kesalahan dan respon tidak menghukum terhadap kesalahan. Satu indikator, yakni dukungan manajemen, tidak dapat digunakan sebagai indikator karena semua pertanyaannya tidak lolos uji validitas dan reabilitas.

Pada penelitian ini didapatkan budaya keselamatan pasien di RSUD Kab Bekasi adalah sedang (64%). Pertanyaan dengan persentase terendah 52% adalah

“kami diberi tahu mengenai kesalahan-kesalahan yang terjadi di unit kami”. Pertanyaan dengan persentase tertinggi (74%) berbunyi “kami mendiskusikan laporan kesalahan pelayanan untuk mencari cara pencegahan agar tidak terjadi kembali”. Kedua pertanyaan ini merupakan pengukur untuk indikator umpan balik. Dari hasil ini, diperoleh bahwa deviasi cukup besar pada variabel ini.

Data-data di atas menunjukkan perlunya peningkatan budaya keselamatan pasien, berupa peningkatan usaha umpan balik dan respon tidak menghukum. Terdapat beberapa aspek yang perlu mendapat perhatian lebih, namun secara keseluruhan, masih dapat diperbaiki.

Umpan balik merupakan suatu aspek dalam keselamatan pasien, dimana setiap personil/unit mendapatkan informasi atas temuan atau tren. Dari informasi tersebut, setiap personil/unit dilibatkan untuk mengevaluasi kembali keadaan sekarang untuk mencari perbaikan ke depan. Tanpa adanya umpan balik, staf/karyawan tidak dapat merasakan manfaat dari suatu program atau usaha perbaikan. Sebaliknya, umpan balik dapat meningkatkan kesadaran dan peran serta staf dalam program keselamatan pasien.

Respon tidak menghukum adalah sikap tidak menghukum dan menyudutkan seseorang atas kesalahan yang terjadi. Beberapa studi yang dilakukan pada dokter dan perawat untuk mengetahui faktor yang menghalangi mereka untuk membuat laporan kesalahan pelayanan. Hasilnya menunjukkan respon yang negatif dalam organisasi (menyalahkan/hukuman) sehingga staf enggan untuk melapor (McCarthy & Blumenthal, 2006). Studi yang sama melaporkan bahwa perubahan sistem menjadi tidak menghukum dan lebih berfokus kepada perubahan, terjadi peningkatan laporan kejadian dalam 10 bulan.

Respon tidak menghukum merupakan komponen yang masih lemah di hampir semua rumah sakit. Hal ini juga dipengaruhi proses pendidikan yang menekankan kepada kesempurnaan kinerja, sehingga kesalahan merupakan pelanggaran. Di lain sisi, kesalahan merupakan hal yang tidak dapat dihindari pada pelayanan pasien. Menghukum staf sebagai usaha perbaikan justru menurunkan laporan kesalahan pelayanan dan bukannya memperbaiki sistem yang ada dan memperkecil risiko kesalahan di masa depan.

7.2.2. Gambaran Gaya Kepemimpinan

Kepemimpinan bergaya transformasional merupakan perilaku yang sedikit lebih menonjol di unit rawat inap RSUD Kab Bekasi, dibandingkan gaya kepemimpinan transaksional. Rata-rata perilaku gaya kepemimpinan transformasional adalah 4,59 (66%), sedangkan rata-rata gaya kepemimpinan transaksional adalah 3,91 (64%). Namun secara persentase, kedua gaya kepemimpinan tersebut adalah sedang.

Rata-rata terendah dari pertanyaan pada variabel kepemimpinan transformasional adalah pertanyaan pemimpinB3.27 (56%) dari indikator *individualized consideration* yang berbunyi “pimpinan memberikan perhatian secara pribadi kepada saya/staf saat saya/staf mengalami kesulitan”. Sedangkan persentase tertinggi pada pertanyaan pemimpinB1.11 (74%) dari indikator *inspirational motivation* yang berbunyi “pimpinan membicarakan masa depan/target/sasaran kerja dengan optimis”.

Gambaran pemimpin yang transformasional juga memiliki nilai yang sedang di unit rawat inap RSUD Kab Bekasi. Pemimpin yang memberikan motivasi, merangsang kreativitas, yang memberikan pengaruh ideal, dan yang memberikan perhatian kepada setiap individu secara umum diperlihatkan oleh pemimpin di unit rawat inap, dalam hal ini adalah kepala ruangan. Penelitian deskriptif yang dilakukan oleh Tichy dan Devanna dan penelitian oleh Bennis dan Nanus (Yukl, 1994) mengemukakan bahwa kepemimpinan transformasional diperlukan dalam melakukan perubahan, menciptakan visi bersama, dan memudahkan pembelajaran bagi individu dan organisasi.

Dari hasil penelitian bahwa pemimpin membicarakan dan memberikan imbalan kepada bawahan dengan nilai sedang, yang dapat dilihat dari variabel *contingen reward*. Dapat dilihat pula bahwa indikator *active management by exception* (65%) dan *passive management by exception* (64%) dari persentasenya tidak jauh berbeda. Hasil ini dapat diartikan bahwa pemimpin/kepala ruangan masih melakukan pengawasan terhadap bawahannya sekaligus menangani kegagalan atau kesulitan bawahan dalam menjalankan fungsinya. Dari indikator-indikator ini, dapat diambil kesan bahwa kepercayaan pemimpin terhadap bawahannya dalam menjalankan fungsinya berada pada nilai sedang.

Pemimpin di sini diartikan sebagai atasan langsung dari perawat pelaksana, dengan kata lain adalah kepala ruangan / *supervisor*. Menurut Yahya (2007) dalam Konvensi Nasional Mutu Rumah Sakit, dalam membangun budaya keselamatan pasien, ada dua model kepemimpinan sekaligus yang dibutuhkan, yakni kepemimpinan transaksional dan kepemimpinan transformasional. Bass dalam Yukl (1994) mendefinisikan kepemimpinan transaksional sebagai sebuah pertukaran imbalan untuk mendapatkan kepatuhan, yang mana nilai-nilai yang dikedepankan adalah nilai-nilai yang relevan bagi proses pertukaran, seperti kejujuran, keadilan, dan tanggung jawab. Burn dalam Yukl (1994) menjelaskan kepemimpinan transformasional sebagai kemampuan memotivasi orang lain untuk mencapai standar tinggi dan tujuan jangka panjang. Dalam hal keselamatan pasien, kepemimpinan transaksional dapat digunakan untuk mendorong staf melaporkan kejadian sedangkan kepemimpinan transformasional dipakai untuk proses belajar dari kejadian dan merancang kembali program untuk keselamatan pasien (Yahya, 1994)

7.2.3. Gambaran Kerja Tim

Kerja tim pada unit rawat inap RSUD Kab Bekasi dari penelitian ini berada dalam penilaian sedang, dengan rata-rata 4,88 dan persentase sebesar 70%. Komitmen atas tujuan bersama merupakan indikator yang lebih besar dengan rata-rata 5,19 (74%) yang termasuk dalam nilai yang tinggi. Penanganan konflik berada dalam penilaian sedang dengan rata-rata 4,58 (65%).

Dari pertanyaan butir, pertanyaan dengan nilai terendah adalah dari indikator penanganan konflik yaitu pertanyaan tim3.1 dengan rata-rata 4,10 (59%) yang berbunyi “perdebatan ditujukan untuk mencari jalan terbaik dan bukan karena masalah pribadi/emosional”. Sedangkan pertanyaan dengan nilai terbaik adalah dari indikator tujuan bersama yaitu pertanyaan tim1.1 dengan rata-rata 5,47 (78%) yang berbunyi “anggota tim berkomitmen mencapai tujuan/misi bersama dalam tim”.

Yang dimaksudkan tim kerja pada penelitian ini adalah semua pihak/profesional yang terlibat secara bersama-sama dalam melayani pasien, termasuk di dalamnya adalah perawat, dokter, ahli farmasi, dan profesional

lainnya. Tim yang dibentuk di unit rawat inap memiliki tujuan yang menetap, yaitu memberikan pelayanan pada pasien. Selain tujuan umum tersebut, juga terdapat tujuan-tujuan lain yang spesifik, sebagai contoh program keselamatan pasien. Secara umum, setiap perawat pelaksana menjadi bagian dalam pencapaian tujuan, dan dalam penelitian ini didapatkan nilai yang sedang. Peran anggota tim dalam pencapaian tujuan bersama dapat diartikan sebagai besarnya keterkaitan anggota tim dalam tim, bagaimana anggota tim menyadari dan mendahulukan tujuan bersama sebagai yang lebih bernilai untuk dicapai daripada tujuan individual (Thompson, 2000).

Penanganan konflik dalam tim kerja di unit rawat inap RSUD Kab Bekasi berada dalam nilai sedang. Sekalipun pertanyaan dengan nilai terendah berada dalam indikator ini, yang berarti masih ada peran masalah pribadi/emosional dalam perdebatan dan dapat mempengaruhi hubungan di luar pekerjaan, namun masih ada ruang untuk anggota menyampaikan pendapat dalam konflik. Guetzkow dan Gyr (Thompson, 2000) menyatakan bahwa konflik kognitif berupa argumentasi dan menstimulasi kreativitas bagi kebaikan tim, sedangkan konflik afektif berakar dari kemarahan dan menjadi hal yang emosional dan mempengaruhi hubungan. Konflik dalam tim kerja dibangun sepanjang berupa konflik kognitif, sedangkan konflik afektif diusahakan untuk diminimalkan.

7.2.4. Gambaran Pelaporan Kesalahan Pelayanan oleh Perawat

Pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat yang didapat dari penelitian ini berada pada nilai sedang dengan rata-rata 4,78 (68%). Pertanyaan dengan nilai terendah yakni pertanyaan lapor8 yang berbunyi “saya memberikan laporan kesalahan yang disebabkan/terjadi pada rekan kerja saya”. Pertanyaan dengan nilai tertinggi pada pertanyaan lapor2 yang berbunyi “saya memberi laporan ketika menemukan kesalahan yang dapat mencelakakan pasien, namun tidak sampai terjadi karena sempat diperbaiki lebih dulu”.

Pelaporan Kesalahan Pelayanan yang tidak membawa dampak atau yang memberikan dampak minimal sering kali diabaikan sehingga tidak dilaporkan. Sesungguhnya kejadian tersebut dapat menjadi sesuatu yang dianalisa, karena risiko yang ada perlu diperbaiki agar di masa depan tidak terjadi kesalahan yang

berdampak besar saat peran korektif secara kebetulan tidak berjalan. Pelaporan kesalahan pelayanan pada penelitian ini diperluas mencakup pelaporan risiko atau perilaku berisiko, pelaporan kesalahan pada rekan kerja dan atasan, dan pelaporan pada pencatatan yang salah. Hal-hal tersebut sering dianggap bukan sebagai kesalahan dalam aktivitas medis.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa telah ada kesadaran dari perawat pelaksana untuk melaporkan suatu kejadian yang dapat membahayakan pasien namun sempat dicegah. Perasaan sungkan dan kekuatiran untuk menjelekkan rekan kerja dapat menjadi faktor penghambat pada pelaporan Kesalahan pelayanan, bila seorang perawat melihat rekan kerjanya melakukan/mengalami Kesalahan pelayanan. Secara umum, kesadaran dan perilaku melaporkan Kesalahan pelayanan ini sudah berada pada nilai sedang, namun masih perlu adanya peningkatan. Kode etik keperawatan (PPNI, 2000) menyebutkan bahwa perawat berkewajiban memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional serta bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis, dan ilegal.

Penilaian yang dilakukan pada penelitian ini terbatas pada persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan dan tidak sampai kepada analisa perilaku melaporkan kesalahan pelayanan. Persepsi perawat menunjukkan penilaian yang sedang sedangkan perilaku pelaporan secara nyata, yang tampak dari angka pelaporan kejadian pada evaluasi tahunan, masih jauh dari harapan. Kesenjangan persepsi dan perilaku ini dapat disebabkan faktor-faktor lain yang tidak diukur pada penelitian ini, antara lain: kurangnya pengetahuan tentang hal-hal yang penting untuk dilaporkan, kurangnya pengetahuan tentang mekanisme cara melaporkan, kurangnya kesadaran pentingnya melaporkan kesalahan pelayanan, rumitnya mekanisme pelaporan, kurangnya pengertian akan jaminan perlindungan terhadap hukuman bila melapor, dan lain sebagainya (Mahajan, 2010).

7.2.5. Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Budaya Keselamatan Pasien Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan oleh Perawat

Dari model analisis, pada tingkat kepercayaan 95%, pengaruh budaya keselamatan pasien tidak bermakna pada persepsi pelaporan Kesalahan pelayanan oleh perawat, karena nilai t statistik di bawah 1,96. Namun apabila tingkat kepercayaan diturunkan menjadi 90%, pengaruh tersebut menjadi bermakna karena nilai t statistiknya di atas 1,65. Pengaruh langsung antara budaya keselamatan pasien terhadap persepsi pelaporan Kesalahan pelayanan menunjukkan koefisien korelasi sebesar 0,12. Sedangkan koefisien korelasi pengaruh total antara budaya keselamatan pasien terhadap persepsi pelaporan Kesalahan pelayanan adalah sebesar 0,23. Dari korelasi pengaruh total ini dapat dinyatakan bahwa terdapat pengaruh yang positif pada kedua variabel ini, yang mana kenaikan 1 unit pada variabel budaya keselamatan akan meningkatkan kenaikan 0,23 unit pada persepsi pelaporan.

Budaya keselamatan pasien pada suatu rumah sakit ditentukan oleh beberapa faktor seperti yang dikemukakan oleh AHRQ (Stone et al, 2006). Namun pada penelitian ini, budaya keselamatan pasien diukur dengan dua indikator, yaitu: umpan balik terhadap kesalahan dan respon tidak menghukum terhadap kesalahan. Satu indikator, yakni dukungan manajemen, tidak dapat digunakan sebagai indikator karena semua pertanyaannya tidak lolos uji validitas dan reliabilitas.

Budaya dalam suatu organisasi kesehatan merupakan hal yang penting karena budaya memegang peranan bagaimana kesalahan dapat dideteksi dan ditangani (Kohn, 2000). Menurut Flemming (2006), membangun dan merubah budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara menyeluruh. Bila fokus perbaikan ditujukan pada budaya keselamatan pasien, maka keluaran akan lebih baik dibandingkan bila berfokus pada program saja.

Temuan ini sesuai dengan pendapat Flemming (2006) menyatakan bahwa membangun dan merubah budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan. IOM menyebutkan

bahwa pembinaan budaya keselamatan memiliki potensi yang kuat untuk mencegah terjadinya Kesalahan pelayanan.

Peran budaya keselamatan pasien dalam membangun program keselamatan pasien adalah sangat penting. Dalam melakukan perubahan, diperlukan pemahaman mengenai budaya yang ada. Demikian pula dalam mengubah persepsi perawat atau staf awalnya enggan melaporkan untuk dapat secara sadar dan sukarela melaporkan kesalahan perlu dilandasi perubahan budaya. Budaya keselamatan kerja yang positif memberikan keyakinan bagi perawat/staf bahwa keselamatan pasien adalah prioritas penting bagi organisasi dan organisasi mendukung setiap usaha pengembangan keselamatan pasien rumah sakit.

Dari pengaruh tidak langsung budaya keselamatan pasien terhadap persepsi pelaporan Kesalahan pelayanan menunjukkan total korelasi sebesar 0,11. Hal ini menunjukkan pengaruh budaya keselamatan pasien menunjukkan korelasi cukup besar terhadap variabel gaya kepemimpinan dan kerja tim yang selanjutnya berpengaruh pada persepsi pelaporan kesalahan. Hal ini dapat pula menjadi gambaran budaya keselamatan pasien yang ada di unit rawat inap yang masih dalam tahap penerapan karena program keselamatan pasien baru berjalan 2 tahun di rumah sakit. Temuan ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien masih perlu ditingkatkan dan dalam usaha pengembangan budaya keselamatan pasien tersebut perlu ditekankan pula budaya melaporkan kesalahan oleh staf, khususnya perawat.

1. Dimensi Umpan Balik Terhadap Kesalahan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dimensi umpan balik terhadap kesalahan mempunyai pengaruh yang kuat sebagai prediktor budaya keselamatan pasien dengan koefisien korelasi sebesar 0,906. Hal ini sesuai secara teori bahwa umpan balik terhadap kesalahan merupakan indikator yang membentuk budaya keselamatan pasien.

Umpan balik merupakan suatu aspek dalam keselamatan pasien, dimana setiap personil/unit mendapatkan informasi atas temuan atau tren. Dari informasi tersebut, setiap personil/unit dilibatkan untuk mengevaluasi kembali keadaan

sekarang untuk mencari perbaikan ke depan. Tanpa adanya umpan balik, staf/karyawan tidak dapat merasakan manfaat dari suatu program atau usaha perbaikan. Sebaliknya, umpan balik dapat meningkatkan kesadaran dan peran serta staf dalam program keselamatan pasien.

Adanya analisa dari laporan Kesalahan pelayanan serta masukkan untuk perbaikan yang dapat dirasakan oleh staf merupakan umpan balik pada budaya keselamatan pasien. Setiap personil diberi informasi tentang risiko dan kesalahan yang terjadi di tempat kerjanya, diikutsertakan dalam mengevaluasi sistem yang ada, serta mengevaluasi strategi perbaikan yang diambil. Analisa mendalam yang sudah dijalankan di rumah sakit berupa *root cause analysis* (RCA) dan *failure mode and effects analysis* (FMEA) perlu ditindaklanjuti menjadi suatu kebijakan dan perbaikan sistemik. Dengan demikian, umpan balik semakin besar dirasakan manfaatnya, dengan demikian persepsi pelaporan Kesalahan pelayanan juga semakin terdorong lebih baik.

2. Dimensi Respons Tidak Menghukum

Pada penelitian ini didapatkan dimensi respon tidak menghukum memiliki korelasi dengan budaya keselamatan pasien sebesar 0,898 yang berarti dimensi respon tidak menghukum merupakan indikator yang sesuai untuk variabel budaya keselamatan pasien.

Budaya yang tidak menghukum terhadap adanya kesalahan dalam suatu organisasi menjadi syarat terciptanya keterbukaan mengenai risiko yang ada. Budaya tidak menghukum tidak diartikan sebagai perlindungan dan pembenaran terhadap perilaku yang ceroboh. Budaya ini ditujukan agar organisasi lebih berfokus dalam memperbaiki sistem yang ada dan bukannya mencari pihak yang dipersalahkan. McCarthy & Blumenthal (2006) menyatakan dalam studinya bahwa respon organisasi yang menyalahkan membuat dokter dan perawat menjadi enggan untuk melaporkan adanya Kesalahan pelayanan.

Respon tidak menghukum merupakan komponen yang masih lemah di hampir semua rumah sakit. Hal ini juga dipengaruhi proses pendidikan yang menekankan kepada kesempurnaan kinerja, sehingga kesalahan merupakan pelanggaran. Di lain sisi, kesalahan merupakan hal yang tidak dapat dihindari

pada pelayanan pasien. Menghukum staf sebagai usaha perbaikan justru menurunkan laporan kesalahan pelayanan dan bukannya memperbaiki sistem yang ada dan memperkecil risiko kesalahan di masa depan.

Organisasi kesehatan perlu menciptakan budaya tidak menghukum untuk dapat belajar dan memperbaiki sistem yang ada. Kesalahan yang terjadi perlu digali secara sistematis dan jalan keluar yang diambil merupakan pemecahan dari permasalahan, bukannya untuk menutupi kegagalan yang terjadi.

Hal tersebut dibuktikan dari hasil penelitian ini bahwa respons tidak menghukum berperan penting dalam membentuk budaya keselamatan pasien yang sehat. Pelayanan kesehatan adalah kegiatan yang berisiko sehingga tidak dapat dipungkiri kesalahan dapat terjadi pada organisasi kesehatan manapun. Menilai kesalahan sebagai kesalahan individu semata justru akan menjadi penghambat bagi pembelajaran dalam identifikasi dan penanganan risiko yang ada.

7.2.6. Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien Terhadap Gaya Kepemimpinan

Dari hasil penelitian ini, pengaruh budaya keselamatan pasien terhadap gaya kepemimpinan memperlihatkan besarnya korelasi yang berbeda. Budaya keselamatan pasien berkorelasi dengan gaya kepemimpinan transaksional sebesar 0,298. Sedangkan budaya keselamatan pasien terhadap gaya kepemimpinan transformasional berkorelasi sebesar 0,366. Budaya keselamatan pasien secara positif memberikan pengaruh lebih besar kepada kepemimpinan transformasional daripada kepemimpinan transaksional.

Yukl (1994) mengemukakan bahwa budaya yang berkembang pada organisasi akan mempengaruhi seleksi para pemimpin dan harapan peran terhadap pemimpin. Gaya dari seorang pemimpin untuk dapat mempengaruhi bawahannya dibentuk bagaimana budaya yang ada dalam organisasi. Seorang pemimpin tidak akan berhasil dalam mencapai tujuan organisasi bila tidak mengenal budaya organisasi yang ada dan melakukan aktivitas kepemimpinan yang sesuai dalam kerangka budaya yang ada.

Pengaruh budaya keselamatan pasien dan gaya kepemimpinan di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi memiliki pengaruh yang berbeda namun tidak ada

yang dominan. Ini dapat diartikan bahwa kedua gaya kepemimpinan tersebut diperlukan oleh pemimpin dalam mengarahkan bawahannya.

7.2.7. Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien Terhadap Kerja Tim

Pengaruh budaya keselamatan pasien terhadap kerja pasien didapatkan korelasi sebesar 0,352. Hal ini berarti terdapat pengaruh positif dari budaya keselamatan pasien terhadap pengembangan dan dinamika kerja tim. Teori menyebutkan adanya pengaruh budaya yang merangsang inovasi atau yang memberikan ekspektasi bersama dalam tim untuk mencapai sukses akan memberikan pengaruh bagi peningkatan efektivitas tim (Yukl, 2000).

7.2.8. Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Gaya Kepemimpinan Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat

Dari penelitian ini, didapatkan pengaruh langsung secara positif gaya kepemimpinan transaksional terhadap persepsi pelaporan Kesalahan pelayanan sebesar 0,296. Sedangkan gaya kepemimpinan transformasional menunjukkan pengaruh negatif terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan dengan korelasi sebesar -0,219. Temuan ini menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan transaksional perlu dikembangkan agar pelaporan kesalahan lebih baik, sedangkan gaya kepemimpinan transformasional memberikan pengaruh yang sebaliknya.

Pemimpin di sini diartikan sebagai atasan langsung dari perawat pelaksana, dengan kata lain adalah kepala ruangan / *supervisor*. Bass dalam Yukl (1994) mendefinisikan kepemimpinan transaksional sebagai sebuah pertukaran imbalan untuk mendapatkan kepatuhan, yang mana nilai-nilai yang dikedepankan adalah nilai-nilai yang relevan bagi proses pertukaran, seperti kejujuran, keadilan, dan tanggung jawab. Burn dalam Yukl (1994) menjelaskan kepemimpinan transformasional sebagai kemampuan memotivasi orang lain untuk mencapai standar tinggi dan tujuan jangka panjang.

Menurut Yahya (2007) dalam Konvensi Nasional Mutu Rumah Sakit, dalam membangun budaya keselamatan pasien, ada dua model kepemimpinan sekaligus yang dibutuhkan, yakni kepemimpinan transaksional dan kepemimpinan transformasional. Dalam hal keselamatan pasien, kepemimpinan transaksional

dapat digunakan untuk mendorong staf melaporkan kejadian sedangkan kepemimpinan transformasional dipakai untuk proses belajar dari kejadian dan merancang kembali program untuk keselamatan pasien.

1. Dimensi *Contingen Reward*

Terdapat korelasi yang bermakna *contigen reward* dari gaya kepemimpinan transaksional sebesar 0,755. Hal ini menunjukkan bahwa *contigen reward* adalah indikator yang sesuai untuk menggambarkan gaya kepemimpinan transaksional.

Contigen reward mencakup kejelasan mengenai pekerjaan yang diminta untuk mendapatkan imbalan atau insentif. Artinya jika bawahan melakukan pekerjaan untuk kepentingan perusahaan, maka bawahan mendapatkan imbalan yang dijanjikan. Dimensi ini berupa transaksi yang menawarkan imbalan terhadap pekerjaan yang baik.

2. Dimensi *Active Management by Exception*

Terdapat korelasi yang bermakna *active management by exception* dari gaya kepemimpinan transaksional sebesar 0,908. Hal ini menunjukkan bahwa *active management by exception* adalah indikator yang sesuai untuk menggambarkan gaya kepemimpinan transaksional.

Active management by exception merupakan pemantauan pemimpin terhadap bawahan dan memberikan tindakan-tindakan perbaikan untuk memastikan tugas dilaksanakan secara efektif. Transaksi yang dinyatakan oleh perilaku pemimpin ini adalah pemimpin akan mengawasi tugas bawahan, dan jika timbul masalah, atasan akan membantu bawahan.

3. Dimensi *Passive Management by Exception*

Terdapat korelasi bermakna *passive management by exception* dari gaya kepemimpinan transaksional sebesar 0,904. Hal ini menunjukkan bahwa *passive management by exception* adalah indikator yang sesuai untuk menggambarkan gaya kepemimpinan transaksional.

Passive management by exception merupakan tanggapan terhadap penyimpangan yang nyata dari standar-standar kinerja. Pimpinan baru bertindak setelah terjadi kegagalan pada bawahan. Bawahan mendapatkan kesempatan untuk memperbaiki kinerjanya, mengatasi masalahnya, dan mengoreksi kesalahannya. Transaksi yang dilakukan pemimpin adalah jika timbul masalah, bawahan diberi kesempatan mengoreksinya, dan pemimpin akan memberikan bantuan jika bawahan tidak mampu mengataai masalah.

4. Dimensi *Inspirational Motivation*

Terdapat korelasi bermakna *inspirational motivation* dari gaya kepemimpinan transformasional sebesar 0,940. Hal ini menunjukkan bahwa *inspirational motivation* adalah indikator yang sesuai untuk menggambarkan gaya kepemimpinan transformasional.

Dimensi ini didefinisikan sebagai pemimpin mampu menimbulkan inspirasi pada bawahannya dengan menentukan standar-standar tinggi, memberikan makna dan tantangan, dan memberikan keyakinan bahwa tujuan dapat dicapai. Bawahan merasa mampu melakukan tugas, mampu memberikan berbagai macam gagasan, dan merasa diberi inspirasi oleh pimpinannya.

5. Dimensi *Intellectual Stimulation*

Terdapat korelasi bermakna *intellectual stimulation* dari gaya kepemimpinan transformasional sebesar 0,947. Hal ini menunjukkan bahwa *intellectual stimulation* adalah indikator yang sesuai untuk menggambarkan gaya kepemimpinan transformasional.

Perilaku pemimpin mendorong upaya-upaya pengikut agar bersikap kreatif dan inovatif dengan memberikan asumsi, membingkai kembali masalah, dan menyelesaikan situasi lama dengan cara-cara baru. Ide-ide baru dan penyelesaian masalah kreatif didapatkan bersama pengikutnya.

6. Dimensi *Individualized Consideration*

Terdapat korelasi bermakna *individualized consideration* dari gaya kepemimpinan transformasional sebesar 0,924. Hal ini menunjukkan bahwa *individualized consideration* adalah indikator yang sesuai untuk menggambarkan gaya kepemimpinan transformasional.

Pimpinan memperlakukan tiap bawahannya sebagai seorang pribadi, memberikan nasihat yang bermakna, memberi pelatihan yang diperlukan, bersedia mendengarkan pandangan dan keluhan tiap bawahan. Pemimpin menimbulkan rasa mampu pada bawahannya dalam melakukan tugas, dapat memberi sumbangan untuk tercapainya tujuan bersama. Perilaku pemimpin menunjukkan penerimaan atas perbedaan individual, mendorong terjadinya komunikasi dua arah, dan menciptakan interaksi dengan pengikut yang bersifat pribadi.

7. Dimensi *Idealized Influence*

Terdapat korelasi bermakna *idealized influence* dari gaya kepemimpinan transformasional sebesar 0,933. Hal ini menunjukkan bahwa *idealized influence* adalah indikator yang sesuai untuk menggambarkan gaya kepemimpinan transformasional.

Perilaku pemimpin menjadi teladan atau memberi contoh bagi pengikut, memperhatikan kebutuhan orang lain melebihi kepentingan dirinya sendiri. Pemimpin melakukan hal yang benar, memperlihatkan standar tinggi atas etika dan moral. Pemimpin berusaha mempengaruhi bawahan dengan menekankan pentingnya nilai-nilai dan keyakinan, perlunya tekad mencapai tujuan, dan perhatian terhadap akibat-akibat moral dan etik dari keputusan yang diambil.

7.2.9. Pengaruh Gaya Kepemimpinan Terhadap Kerja Tim

Pada penelitian ini memperlihatkan besar pengaruh yang berbeda dari kedua gaya kepemimpinan terhadap kerja tim. Gaya kepemimpinan transaksional memperlihatkan korelasi dengan kerja tim sebesar 0,182, sedangkan gaya kepemimpinan transformasional berpengaruh kerja tim lebih besar dengan korelasi 0,375. Temuan ini menyatakan hubungan positif lebih besar pada gaya kepemimpinan transformasional dibandingkan gaya kepemimpinan transaksional.

Pemimpin bergaya transformasional mendorong anggota tim untuk berubah menjadi semakin baik serta menjadi model dari perubahan yang dicita-citakan. Sedangkan kepemimpinan transaksional menekankan pada pertukaran imbalan dan menerapkan peraturan, pengawasan, dan hukuman. Sehingga, pemimpin yang bergaya transformasional memberikan pengaruh lebih baik bagi dinamika kerja tim. Temuan di atas sesuai dengan teori peran kepemimpinan dalam tim yang dikemukakan oleh Steward (1999) yang mana kepemimpinan yang bersifat demokratis dan secara aktif terlibat lebih baik bagi tim daripada pemimpin yang otokratik.

7.2.10. Pengaruh Kerja Tim Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat

Pengaruh langsung kerja tim bermakna terhadap persepsi pelaporan Kesalahan pelayanan oleh perawat dengan koefisien korelasi 0,37. Dari temuan ini tampak adanya peran keterlibatan perawat dalam tim serta penanganan konflik dalam tim akan mempengaruhi perawat dalam memberikan laporan terhadap Kesalahan pelayanan.

Setiap staf, termasuk perawat, merupakan bagian dari tim-tim kerja yang merupakan kumpulan individu yang dibentuk untuk mencapai tujuan bersama. Interaksi yang terjadi antar individu dalam tim akan lebih erat daripada pada anggota lain dalam organisasi. Interaksi ini akan membentuk dinamika dalam tim dimana setiap orang akan mempersepsikan perannya dalam tim tersebut dan bertindak sesuai dinamika tim yang ada.

Interaksi dalam tim berpengaruh terhadap perilaku anggota dalam berkomunikasi dan terbuka dalam mengungkapkan kesalahan yang terjadi. Adanya kepercayaan di dalam tim bahwa setiap anggota tim bertujuan untuk mencapai kebaikan bersama dan mencari pemecahan yang terbaik dari setiap permasalahan menjadi faktor yang berpengaruh bagi perawat dalam tim untuk memberikan laporan Kesalahan pelayanan yang terjadi.

1. Dimensi Komitmen Terhadap Tujuan

Pada penelitian ini ditemukan komitmen terhadap tujuan memiliki korelasi dari kerja tim sebesar 0,893. Hal ini menunjukkan bahwa komitmen terhadap tujuan merupakan indikator yang sesuai terhadap kerja tim.

Sebuah tim memiliki tujuan bersama yang ingin dicapai dari hasil kerja secara kolektif, bukan individual. Tujuan bersama dalam tim membawa keuntungan karena meningkatkan kinerja. Efek tujuan tim yang jelas paling besar manfaatnya bila terdapat rincian tugas yang jelas pula. Dalam tim juga terdapat tujuan individual dari masing-masing anggota tim. Tujuan pribadi dapat mendorong atau sebaliknya merugikan tujuan bersama tim. Beberapa diskrepansi dari tujuan pribadi anggota dapat dipecahkan dengan mempertimbangkan perbedaan dalam saling keterkaitan. Bila saling keterkaitan rendah, tujuan individu memberi kebaikan karena setiap orang bersama-sama berusaha keras mencapai tujuan tim. Cara lain untuk mencegah efek buruk dari tujuan pribadi adalah dengan menambahkan tujuan-tujuan individual tersebut menjadi tujuan bersama.

2. Dimensi Penanganan Konflik

Pada penelitian ini ditemukan penanganan konflik memiliki korelasi dari kerja tim sebesar 0,812. Hal ini menunjukkan bahwa penanganan konflik merupakan indikator yang sesuai terhadap kerja tim.

Konflik yang merupakan ketidaksepakatan, pertentangan, dan peraturan dari individu-individu atau kelompok dalam tim merupakan akibat ketidakcocokan dalam memberikan pengaruh dalam tim. Sebenarnya konflik dapat diarahkan agar tim dapat mempertanyakan hal-hal yang terjadi di tim sehingga diperoleh pencapaian yang terbaik bagi tim, namun konflik dapat menjadi hal saling menghancurkan dan merusak tim.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Dari penelitian ini didapatkan temuan sebagai berikut:

- Budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan transaksional dan transformasional, kerja tim, dan persepsi pelaporan Kesalahan pelayanan oleh perawat di RSUD Kab. Bekasi berada dalam penilaian sedang
- Budaya keselamatan pasien berpengaruh positif terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat secara langsung sebesar 0,12, dan secara tidak langsung sebesar 0,23.
- Gaya kepemimpinan transaksional berpengaruh positif terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat secara langsung sebesar 0,30, dan secara tidak langsung sebesar 0,37.
- Kerja tim berpengaruh positif terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat secara langsung sebesar 0,37.
- Gaya kepemimpinan transformasional berpengaruh negatif terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat secara langsung sebesar -0,22, dan secara tidak langsung sebesar -0,08.
- Model dapat menjelaskan keadaan sesungguhnya sebesar 74%
- Persamaan linier yang didapatkan perawat di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi adalah

$$\begin{aligned} \text{Persepsi pelaporan} &= 0,12.\text{budaya keselamatan pasien} + \\ & 0,30.\text{kepemimpinan transaksional} - \\ & 0,22.\text{kepemimpinan transformasional} + \\ & 0,37.\text{kerja tim} + 0,26 \end{aligned}$$

Dari temuan tersebut dapat disimpulkan bahwa:

- Persepsi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain: budaya keselamatan

pasien, gaya kepemimpinan, dan kerja tim

8.3. Saran

- Persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat di RSUD Kab. Bekasi telah berada dalam kriteria penilaian sedang namun masih perlu ditingkatkan agar mencapai kondisi optimal.
- Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien, berupa prioritas manajemen, dukungan dan penghargaan terhadap usaha keselamatan pasien, dan perhatian manajemen terhadap keselamatan pasien perlu ditingkatkan sehingga perawat terdorong untuk lebih sadar akan kondisi kerjanya dan aktif melaporkan kejadian
- Kepemimpinan yang menawarkan imbalan dan menerapkan pengawasan dapat mendorong perawat memberikan laporan kesalahan pelayanan
- Berfokus dan menekankan pentingnya tujuan tim, mengatasi konflik yang bersifat emosional, serta menekankan argumentasi dalam konflik dapat mendorong perawat untuk memberikan laporan kesalahan pelayanan
- Perlu dilakukan penggalan terhadap faktor-faktor lain yang mempengaruhi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan sehingga persepsi pelaporan kesalahan pelayanan yang telah ada dalam penilaian sedang dapat diwujudkan menjadi perilaku nyata dalam melaporkan kesalahan pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Auruma I (2006). Hubungan kepemimpinan transformasional, transaksional, dan *laissez faire* terhadap tingkat kepuasan kerja staf Puskesmas di Kabupaten Bekasi tahun 2006. Tesis. Jakarta: PSIKM-FKMUI
- Blegen, MA, dkk (2006). Safety climate in hospital units: a new measure, advance in patient safety. www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol14/pdf, September 2011
- Carroll, Roberta. Editor. (2009). Dalam: Risk management handbook for health care organization. Student edition. Jossey-Bass. San Francisco.
- Chin WW (2001). *PLS-graph user's guide version 3.0*. Soft Modeling Inc.
- Darmaputra, CGD (2010). Hubungan model mental bersama (*shared mental model*) dengan komunikasi efektif pada dokter dan perawat di RSUD Kab. Bekasi tahun 2010. Tesis. Jakarta: PSKARS-FKMUI
- DEPKES RI – PERSI (2006). Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (*patient safety*). Utamakan keselamatan pasien. Jakarta
- Dwiprahasto I & Kristin E (2008). Masalah dan pencegahan *medication error*.
Sitasi: www.dll-bpp.com
- Flemming M (2006). *Patient safety culture. Sharing and learning from each other*. Sitasi dari www.caphc.org/patient_safety_culture
- Gordon JR (1996). *Organizational behaviour. A diagnostic approach*. New Jersey: Prentice Hall Inc
- Ghozali I (2008). Structural equation modeling . Metode alternatif dengan Partial Least Square. Ed 3. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Guwandi (2005). *Medical error dan hukum medis*. Jakarta: Penerbit FKUI
- Hamdani, Siva (2007). Analisis budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) di Rumah Sakit Islam Jakarta tahun 2007. Tesis. Jakarta: PSKARS-FKMUI
- Hutchinson A, Young TA, et al (2009). *Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in*

- acute hospital: results from the National Reporting and Learning System.*
Qual Saf Health Care;18:5-10
- Ilyas, Y. (2003). Kiat sukses manajemen tim kerja. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Juana H (2008). Analisis kesalahan medis di unit gawat darurat RS Bhakti Husada 2008. Tesis. Jakarta: PSKARS-FKMUI
- Kohn LT et al (2000). *To err is human. Building a safer health system.* Washington: National Academy of Science, USA
- Kreitner R dan Kinicki A (2005). *Organizational behaviour.* Terjemahan; Ed 5. Jakarta: Salemba Empat
- Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ (1994). *Promoting patient safety by preventing medical error.* JAMA;280:1444-1447
- Pratiknya, AW (2001). Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Mahajan RP (2010). *Critical incident reporting and learning.* British Journal of Anaesthesia;105:69-75
- Madden D, chair. (2008). *Building a culture of patient safety. Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance.* Dublin: Government of Ireland.
- McCarthy D & Blumenthal D (2006). *Stories from the sharp end: case series in safety improvement.* Sitasi dari www.cmfw.org/cwf/quarterly.htm
- McShane & Von Glinow (2005). *Organizational behaviour* Ed 3. New York: McGraw-Hill
- Murphy DM, et al (2009). *Patient safety and the risk management professional.* Dalam: Carrol R. Editor. *Risk management handbook for health care organization. Student edition.* San Francisco: Jossey-Bass; 87-113
- Nieva VJ, Sorra J (2003). *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health organization.* Qual Saf Health Care;12:ii17-ii23
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2000). Kode etik keperawatan lambang panji PPNI dan ikrar keperawatan. Jakarta: Pengurus Pusat PPNI

- Radjak CA (2007). Pengaruh gaya kepemimpinan, lingkungan kerja, budaya organisasi, dan motivasi kerja terhadap kepuasan kerja perawat RSPAD Gatot Subroto tahun 2007. Tesis. Jakarta: PSKARS-FKMUI
- Reason JT. *Understanding adverse events: human factors*. In: Vincent CA, ed. *Clinical risk management* (1995). London: BMJ Publication
- Robby. (2006). Kajian model kepemimpinan situasional Hersey dan Blanchard pada safety leader di dua perusahaan. Tesis. Jakarta: PSKARS-FKMUI.
- Robbins SP (2006). Perilaku organisasi. Ed 10. Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia
- Samekto, H (2000). Iklim komunikasi dan motivasi kerja di kalangan staf pengembangan (kasus balai pengembangan produktivitas daerah departemen tenaga kerja Jakarta dan Semarang). Jakarta: Universitas Indonesia
- Shaw R, et al (2005). *Adverse events and near miss reporting in the NHS*. *Qual Saf Health Care*;14:297-83
- Steward GL, Manz CC, Sims HP (1999). *Team work and group dynamics*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Stone PW et al (2006). *Organization climate of staff working condition an safety – an integrative model*. *Advance in Patient Safety*;2:467-468. Sitasi dari www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol2/stone.doc
- Sutarto (1991). Dasar-dasar kepemimpinan administrasi. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- The National Patient Safety Foundation. *The NPSF agenda for research in patient safety*. *Medscape General Medicine*;2
- Thompson, L (2000). *Making the team. A guide for managers*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Umar, H (2000). Riset: sumber daya manusia dalam organisasi. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

- Wakefield BJ et al (2001). *Organizational culture, continous quality improvement, and medication administration error reporting*. Am J Med Qual;16:128-134
- Wijanto SH (2008) *Structural equation modeling* dengan Listrel 8.8. Konsep dan tutorial. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Wijono, D (1999). Manajemen mutu pelayanan kesehatan. Jakarta: Airlangga University Press.
- Yahya (2006). Konsep dan program *patient safety*. Disampaikan dalam Konvensi Nasional Mutu Rumah Sakit VI, Bandung
- Yahya (2007). *Fraud and patient safety*. Seminar Pamjaki: www.pamjaki.org
- Yukl, G (1994). Kepemimpinan dalam organisasi. *Leadership in organization*. Edisi bahasa Indonesia. Jakarta: Prenhalindo.

LAMPIRAN

Uji Validitas dan Reabilitas

Validitas dan reabilitas *contigent reward*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.890	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pimpinA1.1	11.36	48.419	.730	.868
pimpinA1.8	10.86	45.071	.822	.847
pimpinA1.15	10.77	45.234	.731	.867
pimpinA1.22	10.29	43.733	.696	.878
pimpinA1.29	10.86	47.308	.707	.872

Validitas dan reabilitas *active management by exception*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pimpinA2.2	18.69	29.954	.567	.772
pimpinA2.9	18.45	29.093	.617	.757
pimpinA2.16	17.77	28.787	.633	.751
pimpinA2.23	18.00	31.026	.520	.786
pimpinA2.30	18.31	29.296	.601	.762

Validitas dan reabilitas *passive management by exception*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.774	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pimpinA3.3	17.97	26.420	.560	.727
pimpinA3.10	17.40	28.981	.430	.771
pimpinA3.17	18.10	27.542	.509	.745
pimpinA3.24	18.05	26.839	.590	.717
pimpinA3.31	17.97	26.262	.652	.697

Validitas dan reabilitas *inspirational motivation*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.865	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pimpinB1.4	19.44	36.092	.504	.885
pimpinB1.11	18.97	34.052	.707	.832
pimpinB1.18	19.36	32.366	.757	.819
pimpinB1.25	19.08	34.283	.739	.826
pimpinB1.32	19.77	32.945	.754	.820

Validitas dan reabilitas *intellectual stimulation*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.791	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pimpinB2.5	18.10	30.621	.550	.759
pimpinB2.12	17.99	30.750	.612	.738
pimpinB2.19	18.12	28.868	.714	.704
pimpinB2.26	18.09	35.005	.325	.830
pimpinB2.33	17.83	29.958	.693	.714

Validitas dan reabilitas *individualized consideration*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.902	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pimpinB3.6	16.79	44.325	.756	.880
pimpinB3.13	17.25	47.925	.669	.898
pimpinB3.20	17.06	43.062	.809	.868
pimpinB3.27	17.68	43.485	.733	.885
pimpinB3.34	17.51	43.069	.813	.867

Validitas dan reabilitas *idealized influence*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.862	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pimpinB4.7	18.55	35.988	.725	.822
pimpinB4.14	19.51	38.859	.602	.853
pimpinB4.21	18.81	35.396	.790	.805
pimpinB4.28	18.99	34.487	.799	.802
pimpinB4.35	18.65	40.652	.503	.876

Validitas dan reabilitas umpan balik

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.843	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
budaya2.1	19.73	35.859	.322	.896
budaya2.2	18.66	29.911	.678	.803
budaya2.3	18.69	28.112	.840	.758
budaya2.4	18.32	30.512	.678	.803
budaya2.5	18.21	28.430	.781	.774

Validitas dan reabilitas respons tidak menghukum

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.734	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
budaya3.1	12.86	16.887	.620	.620
budaya3.2	13.04	14.406	.703	.557
budaya3.3	13.18	18.835	.467	.706
budaya3.5	13.29	20.233	.339	.774

Validitas dan reabilitas komitmen atas tujuan bersama

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.917	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tim1.1	20.47	36.410	.766	.902
tim1.2	20.66	36.806	.818	.893
tim1.3	20.51	34.780	.863	.882
tim1.4	21.00	33.895	.837	.887

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tim1.1	20.47	36.410	.766	.902
tim1.2	20.66	36.806	.818	.893
tim1.3	20.51	34.780	.863	.882
tim1.4	21.00	33.895	.837	.887
tim1.5	21.10	35.489	.674	.924

Validitas dan reabilitas manajemen konflik

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.675	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tim3.1	9.64	6.998	.724	.212
tim3.4	9.44	7.960	.613	.399
tim3.5	8.40	13.612	.200	.876

Validitas dan reabilitas persepsi pelaporan kesalahan medis

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.918	10

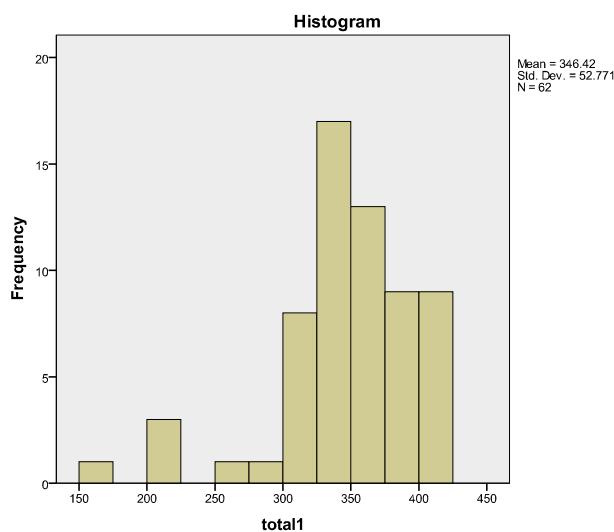
Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
lapor1	42.53	171.279	.663	.912
lapor2	42.52	175.463	.574	.916
lapor3	42.49	175.516	.618	.914
lapor4	42.44	175.487	.605	.915
lapor5	43.31	156.823	.815	.903
lapor6	42.82	169.203	.671	.911

lapor7	43.57	156.695	.788	.904
lapor8	43.74	160.879	.785	.905
lapor9	43.64	160.234	.739	.908
lapor10	43.18	162.809	.686	.911

Tabel Frekuensi Semua Variabel

total1		
N	Valid	62
	Missing	15
Mean		346.42
Std. Error of Mean		6.702
Median		348.50
Mode		391
Std. Deviation		52.771
Variance		2784.739
Skewness		-1.384
Std. Error of Skewness		.304
Kurtosis		2.519
Std. Error of Kurtosis		.599
Range		254
Minimum		167
Maximum		421



Umur vs Total Variabel

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.298 ^a	1	.585		
Continuity Correction ^b	.084	1	.772		
Likelihood Ratio	.298	1	.585		
Fisher's Exact Test				.618	.386
Linear-by-Linear Association	.293	1	.588		
N of Valid Cases	62				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.06.

b. Computed only for a 2x2 table

Kelamin vs Total Variabel

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.097 ^a	1	.756		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.097	1	.755		
Fisher's Exact Test				1.000	.537
Linear-by-Linear Association	.095	1	.758		
N of Valid Cases	62				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.39.

b. Computed only for a 2x2 table

Lama Kerja vs Total Variabel

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.071 ^a	1	.301		
Continuity Correction ^b	.609	1	.435		
Likelihood Ratio	1.075	1	.300		
Fisher's Exact Test				.322	.218
Linear-by-Linear Association	1.054	1	.305		
N of Valid Cases	62				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.03.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan vs Total Variabel

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.096 ^a	2	.351
Likelihood Ratio	2.526	2	.283
Linear-by-Linear Association	1.946	1	.163
N of Valid Cases	62		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .48.

Gambaran Distribusi Pertanyaan

Pertanyaan	N	Mean	Std. Deviation	Persentase
budaya2.1	77	3.68	1.788	52
budaya2.2	77	4.74	1.750	68
budaya2.3	77	4.71	1.685	67
budaya2.4	77	5.08	1.684	73
budaya2.5	77	5.19	1.740	74
budaya3.1	77	4.60	1.734	66
budaya3.2	77	4.42	1.962	63
budaya3.3	77	4.27	1.714	61
budaya3.5	77	4.17	1.765	60
pimpinA1.1	77	2.17	1.795	31
pimpinA1.8	77	2.68	1.916	38
pimpinA1.15	77	2.77	2.070	39
pimpinA1.22	77	3.25	2.278	46
pimpinA1.29	77	2.68	1.936	38
pimpinA2.2	77	4.12	1.777	59
pimpinA2.9	77	4.35	1.783	62
pimpinA2.16	77	5.04	1.788	72
pimpinA2.23	77	4.81	1.740	69
pimpinA2.30	77	4.49	1.789	64
pimpinA3.3	77	4.40	1.823	63
pimpinA3.10	77	4.97	1.762	71
pimpinA3.17	77	4.27	1.782	61
pimpinA3.24	77	4.32	1.713	62
pimpinA3.31	77	4.40	1.672	63
pimpinB1.4	77	4.71	1.912	67
pimpinB1.11	77	5.18	1.730	74
pimpinB1.18	77	4.79	1.816	68
pimpinB1.25	77	5.08	1.652	73
pimpinB1.32	77	4.39	1.763	63
pimpinB2.5	77	4.43	1.929	63
pimpinB2.12	77	4.55	1.788	65
pimpinB2.19	77	4.42	1.816	63
pimpinB2.26	77	4.44	1.923	63
pimpinB2.33	77	4.70	1.733	67
pimpinB3.6	77	4.78	1.944	68
pimpinB3.13	77	4.32	1.788	62
pimpinB3.20	77	4.51	1.958	64
pimpinB3.27	77	3.90	2.062	56
pimpinB3.34	77	4.06	1.949	58
pimpinB4.7	77	5.08	1.890	73
pimpinB4.14	77	4.12	1.835	59
pimpinB4.21	77	4.82	1.833	69
pimpinB4.28	77	4.64	1.905	66
pimpinB4.35	77	4.97	1.857	71
tim1.1	77	5.47	1.643	78
tim1.2	77	5.27	1.527	75
tim1.3	77	5.43	1.650	78

tim1.4	77	4.94	1.772	71
tim1.5	77	4.83	1.895	69
tim3.1	77	4.10	1.971	59
tim3.4	77	4.30	1.940	61
tim3.5	77	5.34	1.578	76
lapor1	77	5.27	1.699	75
lapor2	77	5.29	1.669	76
lapor3	77	5.31	1.567	76
lapor4	77	5.36	1.597	77
lapor5	77	4.49	2.081	64
lapor6	77	4.99	1.788	71
lapor7	77	4.23	2.145	60
lapor8	77	4.06	1.956	58
lapor9	77	4.17	2.086	60
lapor10	77	4.62	2.084	66



GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi

Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi - yang beralamat di Jl. Teuku Umar, Cibitung, Bekasi, Jawa Barat - diditandai dengan peletakan batu pertama oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Wakil Gubernur Propinsi Jawa Barat dan Bupati Bekasi pada tanggal 6 Agustus 2003. Alasan pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi adalah bahwa sejak pemisahan wilayah Bekasi menjadi Kota Bekasi dan Kabupaten Bekasi termasuk aset-asetnya, maka Kabupaten Bekasi praktis tidak memiliki sarana Rumah Sakit Umum Daerah sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan terutama bagi masyarakat Kabupaten Bekasi yang selama ini mencari pelayanan rujukan ke Rumah Sakit di Kabupaten Karawang, Kota Bekasi dan DKI Jakarta.

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi resmi dibuka untuk umum pada tanggal 15 Agustus 2005, berdasarkan Instruksi Bupati Bekasi Nomor : 2/2/2005 tentang pengoperasian Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi dan surat ijin operasional Nomor 503/2440/DINKES/RS/2005 tentang izin penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi. Pelayanan yang diberikan terbatas pada pelayanan rawat jalan 11 spesialisik, Unit Gawat Darurat, Ambulance dan penunjang medis. Pada tanggal 25 Januari 2006, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi mulai memberikan pelayanan Rawat Inap untuk kelas II dan III dengan 60 tempat tidur dan penambahan fasilitas pelayanan yaitu kamar operasi, kebidanan dengan 4 tempat tidur.

Pengukuhan nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.07.06/III/1870/08, tanggal 28 Mei 2008, tentang Pemberian Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah dengan nama “Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi” Propinsi Jawa Barat. Sedangkan Tipe Rumah sakit saat ini adalah tipe C sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 493/MENKES/SK/V/2008, tanggal 28 Mei 2008, tentang Penetapan Tipe Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi milik Pemerintah Kabupaten Bekasi Propinsi Jawa Barat.

Visi

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi telah merumuskan visi yang ingin dicapai adalah **“Rumah Sakit Dambaan Masyarakat Yang Handal dan Mampu Bersaing”**, visi tersebut dirumuskan sebagai pengembangan dari visi RSUD kabupaten Bekasi sebelumnya sesuai Surat Keputusan Bupati Bekasi Nomor 440/Kep.52.RSUD/2009.

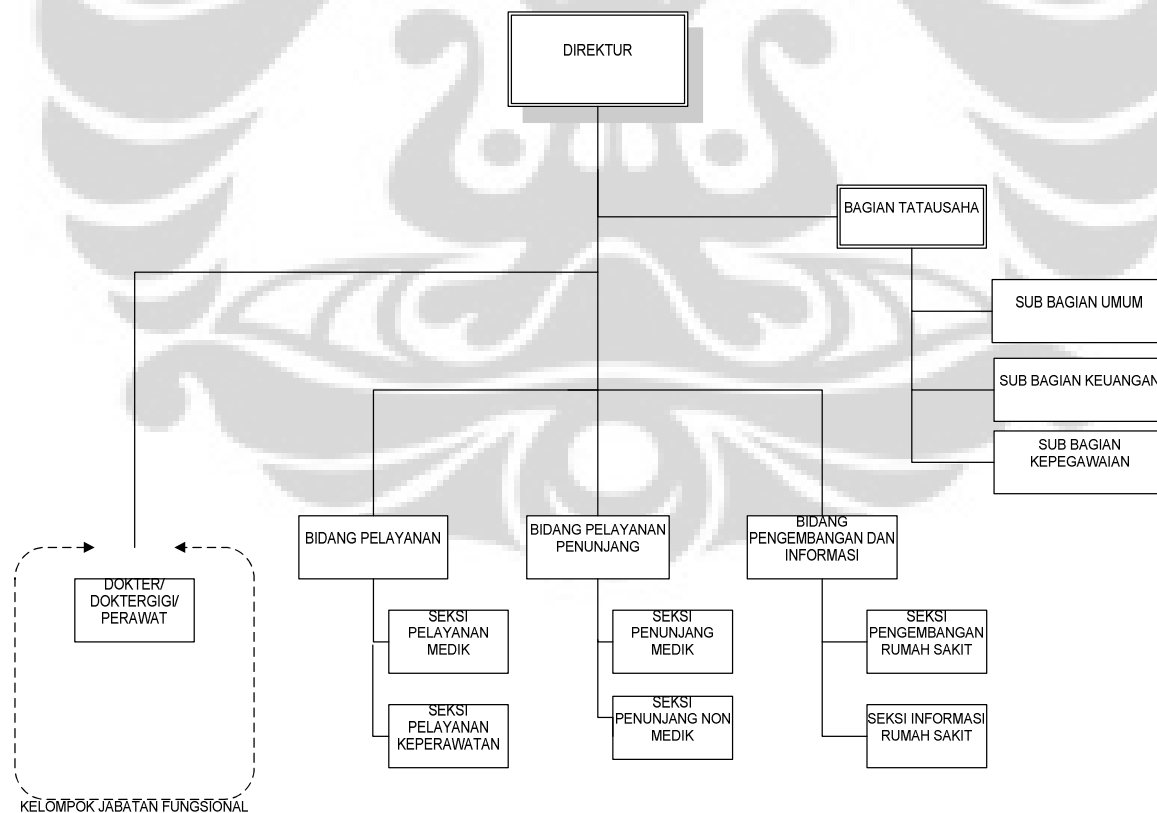
Misi

1. Mengembangkan pembangunan gedung Rumah Sakit sesuai master plan secara bertahap, melengkapi peralatan medis dan non medis serta pengembangan fasilitas-fasilitas umum di Rumah Ssakit agar mampu memberikan rasa aman dan nyaman, serta menyenangkan bagi para pelanggan.
2. Meningkatkan kompetensi sumberdaya manusia pada semua lini pelayanan di Rumah Sakit dalam rangka pencapaian standar pelayanan minimal, memberikan pelayanan kesehatan perorangan dengan handal, santun dan meningkatkan daya saing minimal di wilayah Purwabeka.
3. Mengembangkan pelayanan-pelayanan unggulan yang mampu menjawab tantangan dan peluang industrialisasi di Kabupaten Bekasi.

Tujuan

Tujuan didirikannya Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan rujukan terutama bagi masyarakat Kabupaten Bekasi dan sekitarnya.

Struktur Organisasi



Utilisasi RSUD Kab. Bekasi

UTILISASI RSUD KABUPATEN BEKASI

NO	JENIS	TAHUN					K E T
		2006	2007	2008	2009	2010	
	JML. RAJAL (org)	23.391	45.302	46.636	48.983	51.992	
	JML.RANAP (org)	3.069	4.998	3.949	3.437	4.570	
	Hr. RAWAT (hr)	13.189	20.381	16.480	18.401	25.208	
	JML.PSN MATI (org)	44	62	75	134	165	
	< 48 jam	18	35	31	54	64	
	> 48 jam	26	27	44	80	101	
	JML.TT	60	103	87	89	95	
	BOR (%)	60,2	54,2	52	56,7	72,7	
	LOS (Hr)	4,3	4,1	3,5	5,4	5,4	
	TOI (Hr)	2,8	3,4	4	4,1	2	
	BTO (Kali)	51,1	48,5	43,1	37,1	48,8	
	GDR (permil)	14,3	12,4	20,01	38,98	21,8	
	NDR (permil)	9,1	5,4	11,74	23,27	35,6	

Sumber Daya Manusia

Jumlah total tenaga yang bekerja di RSUD Kab. Bekasi sebanyak 433 orang yang terdiri dari :

- | | | |
|----------------------|---------------------------------------|-----------|
| 01. Tenaga Medis | 1. Jumlah Dokter Umum | 26 orang |
| | 2. Jumlah Dokter Gigi | 3 orang |
| | 3. Jumlah Dokter Spesialis | 29 orang |
| | 4. Jumlah Dokter Seluruhnya | 58 orang |
| 02. Tenaga Paramedis | 1. Jumlah Paramedis Perawatan | 159 orang |
| | 2. Jumlah Bidan | 19 orang |
| | 3. Jumlah Paramedis seluruhnya | 178 orang |
| 03. Tenaga Non Medis | 1. Apoteker | 6 orang |
| | 2. Sarjana lain | 27 orang |
| | 3. Lain-lain | 35 orang |
| | 4. Jumlah Tenaga Non Medis seluruhnya | 129 orang |

Total tenaga

433orang

Fasilitas Rawat Inap

Fasilitas Pelayanan Rawat Inap ada di 2 lantai, yaitu di lantai 2 dan 3. Terdapat 5 Ruangan, terdiri dari :

LANTAI 2:

1. Ruang Rawat Inap Nifas
Ada 6 Kamar dengan 27 tempat tidur
2. Ruang Rawat Inap Gabung
Ada 10 kamar dengan 20 tempat tidur

LANTAI 3:

3. Ruang Rawat Inap Anak
Ada 2 kamar dengan 13 tempat tidur
4. Ruang Rawat Inap Bedah
Ada 4 kamar dengan 18 tempat tidur
5. Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam dan Paru
Ada 6 kamar:
 - Kamar 1 ada 5 bed, Ruang Penyakit Dalam Perempuan
 - Kamar 2 ada 5 bed, Ruang Penyakit Dalam Laki-laki
 - Kamar 3 ada 5 bed, Ruang Penyakit Paru Perempuan
 - Kamar 4 ada 5 bed, Ruang Penyakit Paru Laki-laki
 - Kamar / Ruang Isolasi 2 bed
 - Kamar / Ruang Serbaguna, Untuk diskusi

NOTULEN RAPAT EVALUASI

KEGIATAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT TAHUN 2010

Tanggal : 18 Januari 2011

Agenda : Evaluasi Kegiatan KPRS Tahun 2010
 Waktu : Jam 13.00 WIB
 Tempat : Ruang Bidang Pelayanan RSUD Kab.Bekasi
 Peserta : 10 orang

I. Pembukaan

a. Rapat dibuka oleh Ketua rapat (Dr. Asyraf, SpPD – Ketua Tim KPRS)

b. Tujuan :

- Mengevaluasi Kegiatan KPRS Tahun 2010 untuk mengetahui sejauh mana kemajuan program yang telah dibuat.
- Melakukan Feed Back kepada tiap unit yang melapor dan seluruh unit sebagai bahan evaluasi di unitnya.
- Menyusun sistem monitoring mutu pelayanan rumah sakit melalui hasil evaluasi

II. Pembahasan Agenda Rapat

1. Presentasi oleh Koordinator Analisis Resiko

A. Laporan Kejadian Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Tahun 2009

No	Jenis Insiden	Kategori	Tempat Kejadian
1	Pasien jatuh dari Tempat Tidur krn tidak ada penghalang, tapi tdk tjd luka	KNC	Perawatan Anak
2	Pasien Post Partum terjatuh, tapi tdk tjd luka/cedera	KNC	VK
3	Pasien KU jelek diantar siswa praktek ke Radiologi, tjd kegawatan & dibawa ke ICU	KNC	Perawatan Penyakit Dalam
4	Keluarga Pasien jatuh di kamar mandi dan mengalami Dislokasi lutut	KTD	Perawatan Anak
5	Pasien inpartu masuk VK langsung ke WC dan melahirkan di WC tapi tdk ada cedera	KNC	VK
6	Pasien resiko tinggi di ruangan ditinggal tanpa menunggu perawat pengganti datang, pasien meninggal	KTD	Perawatan Bedah
7	Pasien sama2 kejang demam, umur 1 dan 5 thn, hampir terjadi obat tertukar	KNC	Perawatan Anak
8	Pasien wanita yg di USG di ruang Lantai 1, stl di USG pasien ke WC tanpa di antar perawat, hanya diantar keluarga, tiba2 pasien tsb meninggal di WC	KTD	Perawatan Bedah

Dari data pada tahun 2009, diketahui ternyata hanya 7 kasus yang masuk. Hal ini tidak menunjukkan bahwa kasus / Insiden Keselamatan Pasien yang terjadi di RSUD sedikit, tetapi sistem Pelaporannya yang belum baik. Data yang masuk juga belum detail dan akurat, sehingga sulit dilakukan investigasi.

B. Laporan Kejadian Insiden Tahun 2010

No	Jenis Kejadian	Kategori	Tempat Kejadian
1	Terjadi Flebitis pada pasien	KTD	Poli Bedah
2	Keluarga Pasien kejatuhan Tabung Oksigen shg ternyata terjadi fraktur di tangan	KTD	Perawatan Penyakit Dalam
3	Keluarga pasien jatuh terpeleset di UGD dan mengalami dislokasi	KTD	UGD
4	Pasien terjatuh dari Brankar krn brankar ambrol	KTD	UGD
5	Salah dalam pemberian obat seharusnya terapi oral ditulis injeksi, tapi pasien tdk mengalami cedera	KNC	Perawatan Anak
6	Pasien DBD terjatuh dari Brankar	KTD	UGD
7	Kasalahan penulisan resep	KNC	Perawatan Anak
8	Pasien jatuh di kamar mandi	KTD	Perawatan Nifas
9	Salah pemberian obat dari Apotik, harusnya Sporetik diberikan Spironolakton, pasien tdk apa2	KNC	R. Rawat gabung
10	Salah pemberian obat pada pasien Status Asmatikus, Aminophylin injeksi diberikan Aminophylin tablet	KNC	R. Rawat gabung
11	Pasien lantai II mau di USG lantai I waktu msk Lift, ternyata Lift brhenti setengah, shg pasien lompat dari brankar, pasien tdk apa2	KNC	Perawatan Nifas
12	Pasien jatuh sewaktu mau msk kmr mandi krn handle pintu KM/WC lepas waktu dibuka	KNC	Perawatan Nifas
13	Pasien jatuh ke Selokan sewaktu akan mendaftar ke loket Askes karena tdk ada tangga, tapi pasien tdk apa2	KNC	Rawat jalan
14	Inkubator korslet, berasap saat ada bayi di dalamnya. Bayi segera dipindahkan sehingga selamat.	KNC	Perina
15	Pasien terjebak di KM/WC yang handlenya rusak	KNC	Perawatan Nifas
16	Perawat ICU dan Ruang Anak konsul ke dokter jaga, kmd telpon ke konsulen secara berbarengan, penulisan instruksi tertukar di status, shg pasien Thalasemia yg shrsnya dirujuk tdk dirujuk dan meninggal.	KTD	ICU
17	Keluarga pasien tertimpa tabung Oksigen, terjadi luka di kaki	KTD	R. Perawatan
18	Perawat merujuk pasien sesak nafas dgn Hb 3, tapi labu darah pasien tertinggal	KTD	Perawatan Nifas

Data tahun 2010 sudah bertambah dibandingkan tahun sebelumnya, walaupun tetap belum menggambarkan keadaan yang sesungguhnya. Mengingat kondisi RSUD Kabupaten Bekasi saat ini, kemungkinan masih banyak kasus yang belum dilaporkan.

C. Data Insiden Keselamatan Pasien berdasarkan Jenis Kejadian dan Frekwensi Terjadinya Tahun 2009

No	Jenis kejadian	Jumlah Kasus	Prosentase
1	Terjatuh	3 kasus	37,5 %
2	Kelalaian Petugas	4 kasus	50 %
3	Tertukar Identitas	1 kasus	12,5 %
	Jumlah	8 kasus	100 %

Dari tabel di atas diketahui bahwa Kejadian karena Terjatuh sebanyak 3 kasus (37,5%) , kejadian karena Kelalaian Petugas sebesar 4 kasus (50%) dan karena tertukarnya identitas sebanyak 1 kasus (12,5%).

D. Data Insiden Keselamatan Pasien berdasarkan Jenis Kejadian dan Frekwensi Terjadinya

No	Jenis Kejadian	Jumlah Kasus	Prosentase
1	Terjatuh	6 kasus	33,33 %
2	Kelalaian Petugas	1 kasus	5,55 %
3	Tertukar Identitas	1 kasus	5,55 %
4	Flebitis	1 kasus	5,55 %
5	Tertimpa Tabung O2	2 kasus	11,11 %
6	Salah Resep	4 kasus	22,22 %
7	Alat Rusak	1 kasus	5,55 %
8	Terjebak di Lift/Kamar Mandi	2 kasus	11,11 %
	Jumlah	18 kasus	100 %

Dari data tahun 2010 di atas dapat dilihat bahwa kasus karena terjatuh sebanyak 6 kasus (33,33%), karena kelalaian petugas, tertukar identitas, flebitis dan alat rusak masing-masing 1 kasus (5,55%), karena tertimpa tabung oksigen dan terjebak di kamarmandi/lift masing-masing 2 kasus (11,11%), dan karena salah pemberian resep sebanyak 4 kasus (22,22%).

2. Analisa Data

Dari data pada tahun 2009, diketahui ternyata hanya 7 kasus yang masuk. Hal ini tidak menunjukkan bahwa kasus / Insiden Keselamatan Pasien yang terjadi di RSUD sedikit, tetapi sistem Pelaporannya yang belum baik. Data yang masuk juga belum detail dan akurat, sehingga sulit dilakukan investigasi.

Data tahun 2010 sudah bertambah dibandingkan tahun sebelumnya, walaupun tetap belum menggambarkan keadaan yang sesungguhnya. Mengingat kondisi RSUD Kabupaten Bekasi saat ini, kemungkinan masih banyak kasus yang belum dilaporkan.

Bila dibandingkan data tahun 2009 dengan tahun 2010, maka terjadi peningkatan laporan sejumlah 10 kasus, dari 8 kasus menjadi 18 kasus. Jumlah unit yang melaporkan juga bertambah, ini menunjukkan kesadaran untuk melapor sudah mulai timbul di kalangan petugas RSUD.

Dari tabel di atas diketahui bahwa Kejadian karena Terjatuh sebanyak 3 kasus (37,5%) , kejadian karena Kelalaian Petugas sebesar 5 kasus (62,5%) dan karena tertukarnya identitas sebanyak 1 kasus (12,5%).

Dari data tahun 2010 di atas dapat dilihat bahwa kasus karena terjatuh sebanyak 6 kasus (33,33%), karena kelalaian petugas, tertukar identitas, flebitis dan alat rusak masing-masing 1 kasus (5,55%), karena tertimpa tabung oksigen dan terjebak di kamar mandi/lift masing-masing 2 kasus (11,11%), dan karena salah pemberian resep sebanyak 4 kasus (22,22%).

Dari perbandingan data jenis kejadian dan frekwensi kejadian dapat dilihat bahwa varian jenis kejadian bertambah, dari sebelumnya yang hanya 3 jenis, menjadi 8 jenis kejadian dengan frekwensi kejadian yang berubah, ada yang mengalami peningkatan, namun ada pula yg mengalami penurunan.

Kasus karena terjatuh mengalami peningkatan dari 3 kasus menjadi 6 kasus (50%), sedangkan karena kelalaian petugas turun dari 4 kasus menjadi 1 kasus, dan kasus tertukar identitas tetap masih 1 kasus. Adapun jenis kejadian lain yang baru adalah flebitis dan alat rusak (masing-masing 1 kasus) serta kasus karena tertimpa tabung oksigen dan terjebak di kamar mandi (masing-masing 2 kasus).

III. Kesimpulan

1. Laporan Insiden Keselamatan Pasien di awal berjalannya kegiatan KPRS masih sangat sedikit (hanya 8 kasus)
2. Laporan Insiden Keselamatan pasien tahun berikutnya meningkat 10 kasus menjadi 18 kasus.
3. Jumlah dan jenis kasus/kejadian mengalami peningkatan, begitu pula frekwensi kejadian.
4. Frekwensi kejadian yang paling sering adalah terjatuh dan kelalaian petugas.

IV. Rekomendasi

1. Perlu diingatkan kepada perawat maupun petugas lainnya untuk mengawasi pasien, terutama pada saat tempat tidur rusak railinya agar tidak sampai terjatuh.
2. Perlu segera melaporkan ke Bagian Umum mengenai kamar mandi yang licin dan handle pintu yang rusak agar dapat segera diperbaiki.
3. Petugas harus disiplin dalam melakukan pertukaran shift atau meninggalkan ruang perawatan, terutama bila ada pasien dengan resiko tinggi di ruangan yang menjadi tanggungjawabnya.

V. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

1. Melakukan Feed Back ke unit-unit yang melapor dan juga ke seluruh unit sebagai bahan evaluasi di unit masing-masing.
2. Melaporkan ke Direktur mengenai Hasil Evaluasi KTD ini.
3. Melaksanakan Sosialisasi ulang kepada petugas RSUD
4. Melakukan RCA atau Analisa Akar Masalah pada kasus Adverse Event
5. Menyusun proses/redisain proses pelayanan yang berpotensi menimbulkan kegagalan.

KUESIONER PENELITIAN

PENGARUH GAYA KEPEMIMPINAN, BUDAYA KESELAMATAN PASIEN, TIM KERJA,
TERHADAP PERSEPSI PELAPORAN KESALAHAN MEDIS OLEH PERAWAT DI UNIT
RAWAT INAP RSUD KAB. BEKASI TAHUN 2011

=====

Tujuan: Untuk mengumpulkan data penelitian

Kepada yang terhormat.

Ibu/Bapak/Saudara

Di tempat

Dengan ini saya:

Nama : Romi Beginta

NPM : 0906591392

Pekerjaan : Mahasiswa Program Studi KARS FKM UI

Dengan ini meminta kesediaan Ibu/Bapak/Saudara untuk mengisi lembar kuesioner yang bertujuan mendapatkan data yang sesuai dengan keadaan sebenarnya di unit rawat inap RSUD Kab. Bekasi. Karena hal ini semata-mata ditujukan untuk penelitian, bukan penilaian pribadi serta kerahasiaannya dijaga dan dijamin oleh peneliti, maka diharapkan kerjasamanya sehingga nantinya dapat meningkatkan program keselamatan pasien rumah sakit.

Atas kesediaan dan bantuannya, terlebih dahulu saya ucapkan banyak terima kasih.

Hormat saya,

Romi Beginta

No Urut Kuesioner :
 Tanggal :
 Hasil Pengisian (diisi oleh peneliti) : Lengkap / Tidak Lengkap

A. PROFIL RESPONDEN

Umur : tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
 Pendidikan terakhir : SPK / D III / S1
 Lama Kerja : tahun

Petunjuk pengisian kuesioner:

- Beri tanda silang (x) pada kolom yang sesuai dengan kondisi di tempat kerja Ibu/Bapak/Saudara.
- Terdapat 7 kolom jawaban. Beri tanda silang (x) pada kolom yang sesuai dengan kondisi di tempat kerja Ibu/Bapak/Saudara. Kolom paling kiri (angka 1) menunjukkan pernyataan sangat tidak tepat dengan kondisi di tempat kerja, sedangkan kolom paling kanan (angka 7) menunjukkan pernyataan sangat tepat dengan kondisi yang ada.
- Untuk mengoreksi jawaban, berilah garis horizontal (=) pada tanda silang (x) yang salah, kemudian beri tanda silang (x) pada kolom yang lebih sesuai.

Contoh:

1	2	3	4	5	6	7
(Selalu)						(Tidak pernah)

B. KUESIONER GAYA KEPEMIMPINAN

Petunjuk:

Pimpinan adalah atasan yang berwenang membuat kebijakan/peraturan di ruang rawat, khususnya yang menyangkut keselamatan pasien.

1. Pimpinan memberikan imbalan/penghargaan bila saya mengikuti instruksinya

1	2	3	4	5	6	7
(Tidak pernah)						(Selalu)

2. Pimpinan mengawasi secara ketat kesalahan-kesalahan dalam pekerjaan saya

1	2	3	4	5	6	7
(Tidak pernah)						(Selalu)

3. Pimpinan mengambil tindakan perbaikan setelah saya/staf lain gagal mencapai sasaran/target

1	2	3	4	5	6	7
(Tidak pernah)						(Selalu)

4. Pimpinan menetapkan standar yang tinggi terhadap hasil kerja yang harus dicapai

1	2	3	4	5	6	7
(Tidak pernah)						(Selalu)

5. Pimpinan mengembangkan strategi/metode dalam bekerja

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

6. Pimpinan memberikan nasehat yang berguna bagi pengembangan diri saya

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

7. Nilai-nilai yang penting dalam bekerja selalu disampaikan oleh pimpinan kepada saya/staf

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

8. Pimpinan menjelaskan imbalan/penghargaan yang dapat saya peroleh bila pekerjaan saya mencapai target

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

9. Pimpinan memperbaiki kesalahan-kesalahan saya dalam bekerja

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

10. Pimpinan mengambil tindakan bila masalah sudah menjadi gawat

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

11. Pimpinan membicarakan masa depan/target/sasaran kerja dengan optimis

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

12. Pimpinan memecahkan masalah dengan mempertimbangkan dari berbagai sudut pandang

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

13. Pimpinan mendorong saya mengembangkan kekuatan yang saya miliki

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

14. Pimpinan rela bekerja keras demi kepentingan/tujuan organisasi

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

15. Pimpinan membuat kesepakatan dengan saya tentang imbalan/penghargaan yang saya dapatkan bila pekerjaan saya mencapai target

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

16. Pimpinan menekankan aturan-aturan agar terhindar dari kesalahan-kesalahan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

17. Pimpinan berpendapat bahwa ia tidak perlu mengambil tindakan sebelum ditemukan penyimpangan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

18. Pimpinan menunjukkan kepercayaan diri bahwa organisasi mampu mencapai tujuan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

19. Pimpinan menyarankan saya/staf lain untuk mencari cara-cara baru dalam mengerjakan tugas

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

20. Pimpinan memperlakukan saya/staf lain sebagai individu yang memiliki kebutuhan, kemampuan, dan aspirasi yang berbeda

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

21. Pimpinan dengan tegas dan yakin menyampaikan gagasan dan nilai yang ia miliki

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

22. Pimpinan memerintahkan apa yang harus saya lakukan agar saya memperoleh imbalan/penghargaan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

23. Pimpinan memperhatikan hal-hal yang menyimpang dari standar/patokan yang telah ditetapkan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

24. Pimpinan tidak campur tangan sebelum masalah menjadi serius

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

25. Pimpinan menjelaskan dengan penuh semangat tentang tujuan-tujuan yang akan dicapai

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

26. Pimpinan mendorong saya untuk menyampaikan gagasan/pendapat yang saya miliki

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Selalu)

(Tidak pernah)

27. Pimpinan memberikan perhatian secara pribadi kepada saya/staf lain saat saya/staf mengalami kesulitan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

28. Tindakan-tindakan yang diambil pimpinan membuat saya menghormatinya

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

29. Pimpinan selalu memberikan saya penghargaan/imbalan saat hasil kerja saya memuaskannya

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

30. Pimpinan memeriksa kesalahan yang ada terlebih dahulu sebelum mengomentari hasil kerja saya/staf lain

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

31. Pimpinan baru melakukan perbaikan setelah kinerja saya/staf lain menurun di bawah standar/patokan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

32. Pimpinan menumbuhkan kesadaran dalam diri saya tentang hal-hal apa yang penting untuk diperhatikan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

33. Pimpinan mendorong saya memecahkan masalah dengan menggunakan alasan logis dan bukti nyata

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

34. Pimpinan meluangkan waktu untuk memberi petunjuk/arahan kepada saya

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

35. Pimpinan berperilaku sesuai dengan nilai-nilai yang dia anut

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

C. KUESIONER BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Petunjuk:

Manajemen adalah unit yang berwenang membuat kebijakan/peraturan, khususnya yang menyangkut keselamatan pasien.

1. Kebijakan/peraturan yang manajemen buat menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

2. Manajemen baru peduli terhadap keselamatan pasien bila terjadi kecelakaan pada pasien

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

3. Manajemen menciptakan iklim/suasana kerja yang mendorong terlaksananya keselamatan pasien

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

4. Manajemen memberikan pujian pada keberhasilan pekerjaan yang dilaksanakan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

5. Manajemen mengutamakan hasil kerja/pencapaian target sekalipun harus mengambil jalan pintas

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

6. Kami diberi tahu mengenai kesalahan-kesalahan yang terjadi di unit kami

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

7. Kami secara aktif melakukan kegiatan dalam rangka keselamatan pasien (sosialisasi, bertukar informasi, diskusi, dll)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

8. Kami mengevaluasi keefektifan setiap perubahan strategi keselamatan pasien

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

9. Kesalahan yang terjadi menjadi pemicu perubahan ke arah lebih baik

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

10. Kami mendiskusikan laporan kejadian kesalahan medis untuk mencari cara pencegahan agar tidak terjadi kembali

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

11. Kesalahan yang kami buat (yang terjadi bukan karena perilaku ceroboh) akan mempengaruhi perkembangan karir kami

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

12. Kesalahan yang terjadi saat melayani pasien (yang terjadi bukan karena perilaku ceroboh) akan mengancam/memojokkan kami

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

13. Fokus pembicaraan dalam membahas laporan kesalahan adalah masalahnya, bukan orang yang berbuat kesalahan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

14. Atasan saya mengungkit dan membesar-besarkan kesalahan yang pernah terjadi

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

15. Kesalahan yang terjadi tidak dipandang semata-mata sebagai kesalahan individual, melainkan terdapat peran orang/unit lain

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

D. KUESIONER KERJA TIM / TEAM WORK

Petunjuk:

Tim adalah semua orang dari berbagai profesi (dokter, rekan perawat, ahli gizi, dll) yang bersama-sama memberikan pelayanan pada pasien di unit rawat inap

1. Anggota tim berkomitmen mencapai tujuan/misi bersama dalam tim

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

2. Anggota tim memperlihatkan keinginan berperan serta dalam mencapai tujuan bersama

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

3. Anggota tim menggunakan waktu dan tenaganya untuk berfokus pada tujuan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

4. Anggota tim rela mencurahkan lebih banyak waktu dan tenaga untuk tugas baru yang diperlukan dalam mencapai tujuan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

5. Anggota tim saling memberikan penghargaan pada pencapaian tujuan bersama

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

6. Setiap anggota tim diikutsertakan dalam pengambilan keputusan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

7. Saya menyerahkan kepada anggota tim yang lain dalam pengambilan keputusan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

8. Pengambilan keputusan dalam tim didasarkan atas kebenaran, sekalipun dapat memicu pertentangan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

9. Saya puas terhadap keputusan yang diambil oleh tim

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

10. Rapat pengambilan keputusan menjadi ajang penggalangan dukungan dari pihak-pihak yang berkepentingan

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

11. Perdebatan ditujukan untuk mencari jalan terbaik dan bukan karena masalah pribadi/emosional

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

12. Perdebatan terjadi sebagai luapan emosional yang terpendam

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

13. Perdebatan diselesaikan dengan negosiasi dan bukan berdasarkan keputusan sepihak

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

14. Perdebatan hanya dalam lingkup pekerjaan dan tidak mengganggu hubungan kami di luar jam kerja

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

15. Dalam perdebatan, setiap orang diberi kesempatan untuk mengungkapkan isi pikiran dan keinginannya

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

E. KUESIONER PELAPORAN KEJADIAN KESALAHAN MEDIS

1. Saya memberikan laporan ketika menemukan kesalahan, walaupun kesalahan tersebut tidak akan membahayakan/mencelakakan pasien.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

2. Saya memberikan laporan ketika menemukan kesalahan yang dapat mencelakakan pasien walaupun tidak sampai terjadi, karena sempat diketahui dan diperbaiki lebih dulu

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

3. Saya memberikan laporan kesalahan yang mencelakakan pasien walaupun tidak berakibat buruk/fatal

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

4. Saya memberikan laporan tentang kondisi kerja yang berpotensi menyebabkan kesalahan (misalnya pencatatan tidak teratur, lantai yang licin, dll)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

5. Saya memberikan laporan tentang kebiasaan di tempat kerja yang saya tahu merupakan suatu yang salah

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

6. Saya memberikan laporan tentang penyimpangan terhadap prosedur, yang dilakukan untuk kebaikan (misalnya menunda pemberian obat kepada pasien yang tidur agar pasien tidak terganggu)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

7. Saya memberikan laporan tentang penyimpangan terhadap prosedur, yang dilakukan untuk efisiensi kerja (misalnya menunda pemberian obat agar dapat dilakukan bersama pasien lain)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

8. Saya memberikan laporan kesalahan yang disebabkan/terjadi pada rekan kerja saya

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

9. Saya memberikan laporan kesalahan yang disebabkan/terjadi pada atasan/dokter

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

10. Saya memberikan laporan kesalahan pada pencatatan yang terjadi

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Tidak pernah)

(Selalu)

TERIMA KASIH TELAH MENGGISI KUESIONER INI DENGAN LENGKAP