



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KEPEMIMPINAN EFEKTIF *HEAD NURSE*
DENGAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RSUPN
Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO
JAKARTA**

TESIS

**DWI SETIOWATI
0806446145**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KEPEMIMPINAN EFEKTIF *HEAD NURSE*
DENGAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RSUPN
Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO
JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan**

**DWI SETIOWATI
0806446145**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2010**

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Dwi Setiowati

NPM : 0806446145

Tanda Tangan :



Tanggal : 10 Juli 2010

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 12 Juli 2010

Pembimbing I,



Allenidekania, S.Kp., M.Sc

Pembimbing II,



dr. Luknis Sabri, M.Kes

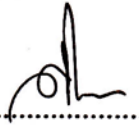
HALAMAN PENGESAHAN

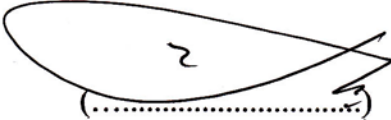
Tesis ini diajukan oleh :


Nama : Dwi Setiowati
NPM : 0806446145
Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

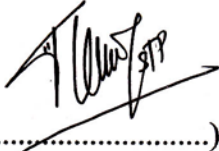
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Program Studi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Allenidekania, S.Kp., M.Sc  (.....)

Pembimbing : dr. Luknis Sabri, M.Kes  (.....)

Penguji : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep  (.....)

Penguji : Titi Sulastri, S.Kp., M.Kep  (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 16 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Peneliti mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT. Atas segala limpahan rahmat, petunjuk, dan karuniaNya sehingga tesis ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Tesis berjudul “Hubungan Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* dengan Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta” ini disusun dalam rangka memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar Magister Keperawatan Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada beberapa pihak yang telah membantu peneliti dalam menyusun tesis ini, yaitu:

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah menyetujui peneliti untuk melaksanakan penelitian di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
2. Krisna Yetti, M.App.Sc selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah menyetujui peneliti untuk melaksanakan penelitian di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
3. Allenidekania, S.Kp., M.Sc selaku Pembimbing I tesis yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti dalam menyusun tesis ini.
4. dr. Luknis Sabri, M.Kes selaku Pembimbing II tesis yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti dalam tesis ini.
5. Prof. Dr. dr. Akmal Taher, Sp.U(K) selaku Direktur Utama RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
6. Dr. dr. Dini Widiyanti W, Sp.THT-KL(K), M.Epid selaku Kepala Bagian Penelitian RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

7. Linda Amiyati, S.Kp., M.Kes selaku Kepala Bidang Keperawatan RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian di Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta
8. Keluargaku tercinta (Ibu Sri, Bpk. Lasiono, Mas Eko) atas doa, dukungan, dan motivasi yang diberikan dalam tesis ini.
9. Teman-teman S2 Keperawatan kekhususan manajemen dan kepemimpinan keperawatan yang memberikan dukungan dan motivasi dalam tesis ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu-persatu yang telah membantu proses tesis ini.

Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran membangun peneliti harapkan dalam upaya perbaikan dalam tesis ini.

Depok, Juli 2010

Peneliti,

Dwi Setiowati

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

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

Nama : Dwi Setiowati
NPM : 0806446145
Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Hubungan Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* dengan Penerapan Budaya
Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
Jakarta

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai pencipta/penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat : Depok
Pada tanggal : Juli 2010

Yang menyatakan



(Dwi Setiowati)

ABSTRAK

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2010
Dwi Setiowati

Hubungan Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* dengan Penerapan Budaya
Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
Jakarta

xvii + 144 hal + 19 tabel + 6 lampiran + 6 skema + 2 gambar

Abstrak

Kepemimpinan efektif merupakan salah satu faktor yang berperan dalam keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Desain yang digunakan analisis korelasi secara *cross sectional* pada 206 perawat pelaksana. Analisis data dengan *Pearson*, *Spearman*, *t independent*, dan regresi linear. Hasil analisis menunjukkan hubungan lemah dan positif antara kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian merekomendasikan peningkatan pengetahuan *Head Nurse* pada fungsi pengorganisasian dengan pembentukan struktur organisasi, uraian tugas, pelatihan budaya keselamatan pasien, pendidikan keperawatan berlanjut, diskusi keselamatan pasien, atas sistem penghargaan atas penerapan budaya keselamatan pasien.

Kata kunci : budaya keselamatan pasien, kepemimpinan efektif
Daftar pustaka : 102 (2000-2010)

ABSTRACT

UNIVERSITY OF INDONESIA
MAGISTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT
POSTGRADUATE PROGRAM- FACULTY OF NURSING

Theses, July 2010
Dwi Setiowati

Correlation of Leadership Effectiveness and Patient Safety Culture applied by
Associate Nurses in Cipto Mangunkusumo Hospital Jakarta

xvii +144 pages + 19 tables+ 6 appendix + 6 schemes + 2 pictures

Abstract

Leadership effectiveness is one factor that contributes to successfully patient safety culture applied. This study aimed to identify the correlation of leadership effectiveness of Head Nurse to apply the patient safety culture in the wards. Research design used correlation analytic with cross sectional approach to 206 clinical nurses as samples. Data analysis used Pearson, Spearman, t independent and linier regression. This study shown there was a weak positive correlation between head nurse leadership effectiveness and the application of patient safety culture by clinical nurses. This study's recommendation were 1) improvement of the head nurses' knowledge related to organizational function, 2) appropriate job description, 3) patient safety culture training, 4) continuing nursing education program, and 5) relevant reward system based on patient safety achievement.

Keywords : patient safety culture, leadership effectiveness
References : 102 (2000-2010)

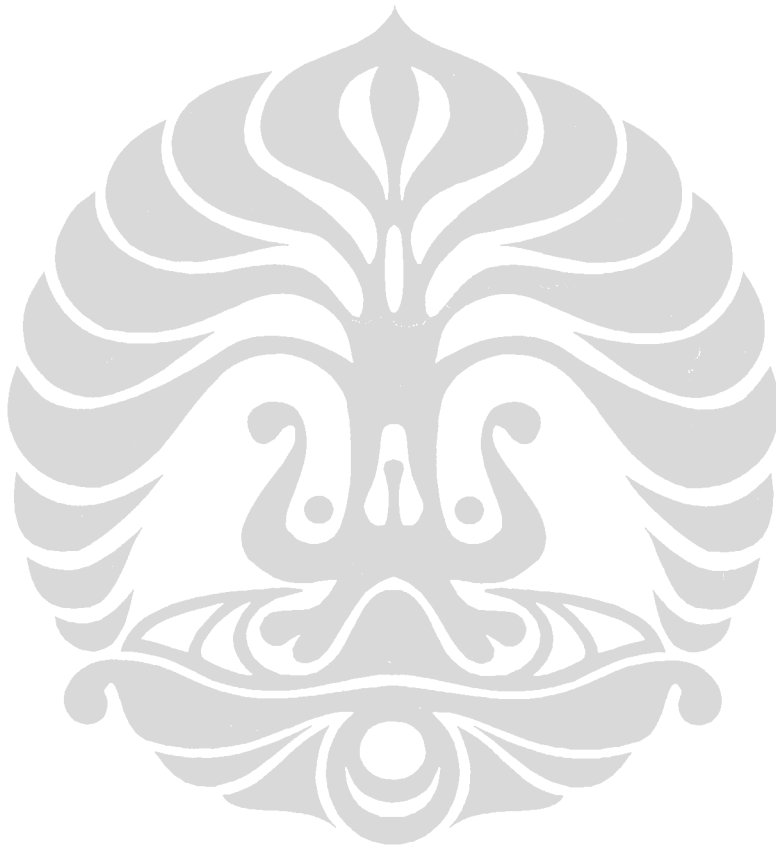
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK.....	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SKEMA.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah Penelitian	15
1.3 Tujuan Penelitian	15
1.4 Manfaat Penelitian	17
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	20
2.1 Kepemimpinan Efektif	20
2.1.1 Pengertian Kepemimpinan.....	21
2.1.2 Pengertian Kepemimpinan Efektif.....	22
2.1.3 Komponen Kepemimpinan Efektif	20
2.1.4 Menilai Kepemimpinan Efektif	26
2.2 Fungsi Manajemen Keperawatan.....	27
2.2.1 Fungsi Perencanaan.....	28
2.2.2 Fungsi Pengorganisasian.....	29
2.2.3 Fungsi Pengarahan	32
2.2.4 Fungsi Pengendalian	33
2.3 Budaya Organisasi	34
2.3.1 Budaya	33
2.3.2 Budaya Organisasi	34
2.3.3 Budaya Keselamatan Pasien	37
2.4 Keselamatan Pasien.....	45
2.4.1 Pengertian Keselamatan Pasien	45
2.4.2 Macam Kejadian Kesalahan.....	46
2.4.3 Tujuan Keselamatan Pasien	47
2.4.4 Standar Keselamatan Pasien	49
2.4.5 Langkah Menuju Keselamatan Pasien	55
2.4.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya KTD	54
2.5 Karakteristik Perawat Pelaksana.....	57
2.5.1 Usia	57
2.5.2 Jenis Kelamin.....	58

2.5.3	Masa Kerja	59
2.5.4	Tingkat Pendidikan	59
2.5.5	Pelatihan	60
2.6	Kerangka Teori Penelitian	61
BAB 3.	KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN	
	DEFINISI OPERASIONAL.....	61
3.1	Kerangka Konsep	61
3.2	Hipotesis.....	62
3.2	Definisi Operasional	64
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN.....	69
4.1	Desain Penelitian.....	69
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian	69
4.3	Tempat Penelitian	72
4.4	Waktu Penelitian	73
4.5	Etika Penelitian	73
4.6	Prosedur Pengumpulan Data.....	75
4.7	Alat Pengumpul Data	76
4.8	Uji Coba Instrumen	77
4.9	Validitas dan Reliabilitas Instrumen	77
4.10	Pengolahan Data	78
4.11	Analisis Data	80
BAB 5	HASIL PENELITIAN	84
5.1	Pelaksanaan Penelitian.....	85
5.2	Analisis Univariat	85
5.2.1	Karakteristik Responden	85
5.2.2	Kepemimpinan Efektif <i>Head Nurse</i>	86
5.2.3	Penerapan Budaya Keselamatan Pasien.....	89
5.3	Analisis Bivariat.....	91
5.3.1	Hubungan Kepemimpinan Efektif <i>Head Nurse</i> dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien	92
5.3.2	Hubungan Karakteristik Responden dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien.....	96
5.4	Analisis Multivariat.....	98
BAB 6	PEMBAHASAN	103
6.1	Karakteristik Responden	103
6.2	Kepemimpinan Efektif <i>Head Nurse</i>	111
6.3	Penerapan Budaya Keselamatan Pasien.....	124
6.4	Keterbatasan Penelitian.....	127
6.5	Implikasi Penelitian.....	128
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	130
7.1	KESIMPULAN	130
7.2	SARAN	130
DAFTAR REFERENSI		

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1	Asumsi <i>Homoscedasity</i>	98
Gambar 5.2	Asumsi Normalitas.....	99



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Alternatif Pertama Struktur Organisasi dalam Satu Unit Tim Keselamatan Pasien.....	31
Skema 2.2	Alternatif Kedua Struktur Organisasi Struktur Organisasi Dalam Satu Unit Tim Keselamatan Pasien.....	31
Skema 2.3	Proses Kejadian Tidak Diharapkan di Rumah Sakit.....	48
Skema 2.4	Faktor Yang Berpengaruh terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien.....	55
Skema 2.5	Kerangka Teori Penelitian.....	61
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	62
Skema 5.1	Persamaan Regresi Linear Berganda	101

DAFTAR TABEL

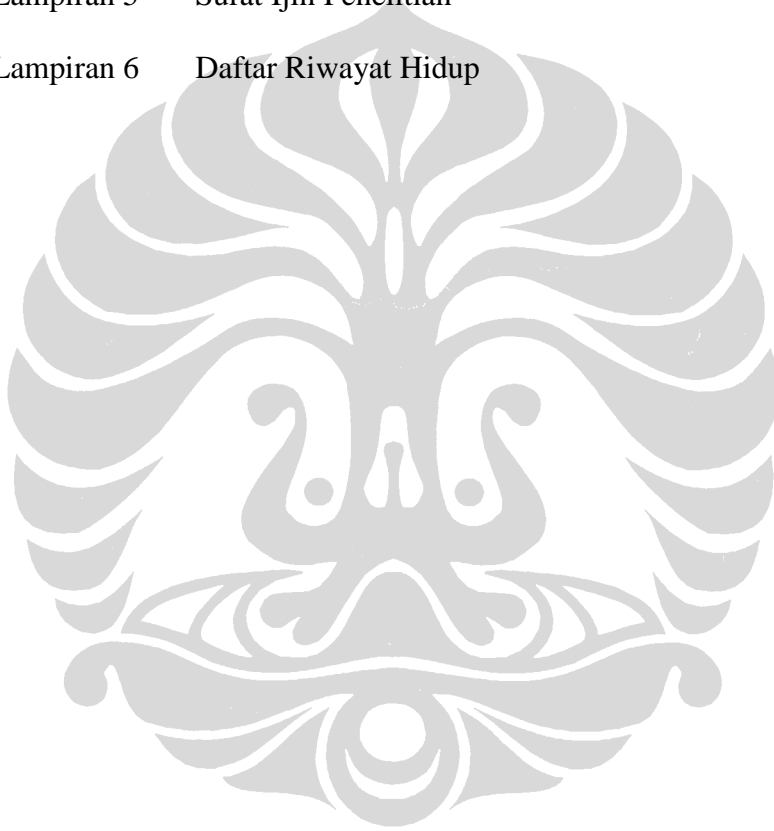
Tabel 2.1	Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien	45
Tabel 2.2	Perbandingan Masing-Masing Dimensi Budaya Keselamatan Pasien pada Masing-Masing Instrumen	45
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Bebas (Independen)	65
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel Tergantung (Dependen)	67
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel Perancu (<i>Confounding</i>)	69
Tabel 4.1	Sebaran Jumlah Populasi Penelitian	71
Tabel 4.2	Jumlah Sampel Masing-Masing Subpopulasi Penelitian	73
Tabel 4.3	Uji Statistik Bivariat Penelitian	84
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Pelatihan yang Pernah Diikuti di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2010 (n = 206)	86
Tabel 5.2	Hasil Analisis Karakteristik Responden Usia, Masa Kerja di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2010 (n = 206).....	87
Tabel 5.3	Hasil Analisis Univariat Kepemimpinan Efektif <i>Head Nurse</i> di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2010 (n = 206)	88
Tabel 5.4	Hasil Analisis Univariat Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2010 (n = 206).....	90
Tabel 5.5	Hasil Analisis Kepemimpinan Efektif <i>Head Nurse</i> dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2010 (n = 206).....	92
Tabel 5.6	Hasil Analisis Karakteristik Reponden Menurut Usia dan Masa Kerja dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2010 (n = 206).....	95

Tabel 5.7	Hasil Analisis Karakteristik Reponden Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Pelatihan yang Pernah Diikuti dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2010 (n = 206).....	96
Tabel 5.8	Komponen Syarat Regresi Linear Ganda	98
Tabel 5.9	Analisis Awal Regresi Linear Ganda.....	100
Tabel 5.10	Proses Metode Enter	100
Tabel 5.11	Analisis Akhir Regresi Linear Ganda.....	101



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 Surat Ijin Pengambilan Data Awal
- Lampiran 3 Surat Lolos Uji Etik
- Lampiran 4 Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Keselamatan pasien telah menjadi isu dunia yang perlu mendapat perhatian bagi sistem pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dari pelayanan kesehatan yang memandang bahwa keselamatan merupakan hak bagi setiap pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. Depkes RI (2006) menjadikan hak pasien sebagai standar pertama pada tujuh standar keselamatan pasien rumah sakit. *World Health Organization (WHO) Collaborating Center for Patient Safety Solutions* bekerja sama dengan *Joint Commission and Joint Commission International* telah memasukkan masalah keselamatan pasien dengan menerbitkan enam program kegiatan keselamatan pasien pada 2005 dan sembilan panduan solusi keselamatan pasien di rumah sakit pada 2007 (WHO, 2007).

Keselamatan pasien merupakan sistem pemberian asuhan yang aman bagi pasien di rumah sakit (Depkes RI, 2006). Pemberian asuhan yang aman menurut *Canadian Nurse Association* (2004) adalah penurunan tindakan yang tidak aman kepada pasien dan pemberian tindakan terbaik untuk mendapatkan derajat kesehatan pasien yang optimal dalam sistem pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien juga dapat diartikan sebagai suatu keadaan pasien yang bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang berisiko dapat terjadi (KPP-RS, 2008).

Kondisi pasien yang tidak mengalami cedera walaupun terjadi kesalahan disebut kejadian nyaris cedera (*near miss*). Kondisi pasien yang mengalami cedera yang lebih disebabkan oleh kesalahan manajemen medis daripada kondisi yang dialami pasien itu sendiri disebut Kejadian Tidak Diharapkan/KTD (*adverse event*). Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima disebut sebagai kejadian sentinel (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008).

Institute of Medicine (IOM) di Amerika Serikat pada 2000 menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak "To Err is Human, Building to Safer Health System". Laporan ini mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah, Colorado, dan New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD sebesar 2,9% dan 6,6% di antaranya meninggal, sedangkan di New York ditemukan 3,7% kejadian KTD dan 13,6% diantaranya meninggal. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika Serikat yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 sampai 98.000 dilaporkan meninggal setiap tahunnya dan kesalahan medis menempati urutan kedelapan penyebab kematian di Amerika Serikat (Thomas et al, 2000). Publikasi oleh WHO pada 2004, juga menemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6% pada rumah sakit di berbagai negara, yaitu Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia (Depkes RI, 2006).

Cidera yang terjadi pada pasien diakibatkan oleh kesalahan yang dapat berupa kesalahan diagnosis, pengobatan, pencegahan, sampai kesalahan sistem lainnya (Leape et al 1993 dalam Kohn et al, 2000). IOM pada 2008 melaporkan data KTD pada rumah sakit di Amerika Serikat yaitu 1,5 juta pasien terluka per tahun dari kesalahan pengobatan, dan 7000 diantaranya dilaporkan meninggal (Khushf, Raymond, & Beaman, 2008).

Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) pada 2008 melaporkan 2,5 juta pasien berisiko mengalami luka tekan per tahun di Amerika Serikat. Morse melaporkan 2,2-7 kejadian pasien jatuh/1000 tempat tidur per hari di ruang perawatan akut per tahun, 29-48% pasien mengalami luka, dan 7,5% dengan luka-luka serius. *National Nosocomial Infections Surveillance System* (NNISS) melaporkan kejadian infeksi nosokomial, ditemukan 5 infeksi setiap 1.000 pasien di ruang perawatan akut dan terdapat lebih dari 2 juta kasus per tahun, hal ini menimbulkan dua kali risiko kesakitan dan kematian (Nadzam, 2009).

Di Indonesia, laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan propinsi, pada 2007 ditemukan Provinsi DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37,9% di antara delapan propinsi lainnya (Jawa Tengah 15,9%, D. I. Yogyakarta 13,8%, Jawa

Timur 11,7%, Sumatra Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Aceh 10,7%, Sulawesi Selatan 0,7%). Bidang spesialisasi unit kerja ditemukan paling banyak pada unit penyakit dalam, bedah dan anak yaitu sebesar 56,7% dibandingkan unit kerja yang lain, sedangkan untuk pelaporan jenis kejadian, *near miss* lebih banyak dilaporkan sebesar 47,6% dibandingkan KTD sebesar 46,2% (KKP-RS 2008).

Data tentang KTD di atas menurut Depkes RI (2006) belum terlalu mewakili kejadian KTD yang sebenarnya di Indonesia. Data tentang KTD di Indonesia, dikategorikan masih langka untuk ditemukan apalagi untuk kejadian nyaris cidera, namun permasalahan malpraktik masih banyak terungkap di media informasi (Yahya, 2006). Hal ini terjadi karena standar pelayanan kesehatan di Indonesia masih kurang optimal jika dibandingkan dengan negara maju seperti Amerika dan Inggris. Indonesia telah mencanangkan "Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit" sejak 2005 dan keselamatan pasien sudah dilaksanakan di rumah sakit, namun penerapannya masih belum komprehensif (Depkes RI, 2006).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Marjadi et al (2009), yang menemukan kebijakan rumah sakit yang inkonsisten terhadap penerapan keselamatan pasien menyebabkan terjadinya penyakit yang didapat pasien saat dirawat di rumah sakit, yaitu penyakit hepatitis B. Maryam (2009) menyatakan dalam penelitiannya, perawat pelaksana mempersepsikan baik pada sembilan tindakan keselamatan pasien menurut standar WHO. Persepsi paling baik yaitu 83,9% pada kebersihan tangan perawat dan rendah yaitu 53,% pada perhatian nama obat pasien. Prawitasari (2009) juga menambahkan insiden keselamatan pasien berdasarkan *adverse outcome* yang sensitif terhadap tindakan keperawatan menurut *American Association Nurse (ANA)*, *AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality)* di ruang rawat inap bedah dan penyakit dalam di Rumah Sakit Husada Jakarta. Insiden keselamatan pasien ditemukan 18 kejadian, yaitu 1 kasus pasien jatuh, 3 kasus ulkus dekubitus, dan 14 kasus infeksi saluran kemih.

Ketidakpedulian akan keselamatan pasien menyebabkan kerugian bagi pasien dan pihak rumah sakit, yaitu biaya yang harus ditanggung pasien menjadi lebih besar,

pasien semakin lama dirawat di rumah sakit, dan terjadinya resistensi obat (Craven & Hirnle, 2000). Lumenta (2008) juga mengidentifikasi akibat insiden pada pasien yaitu cedera, membahayakan jiwa, perpanjangan rawat, kematian. Kerugian bagi rumah sakit lainnya antara lain biaya yang harus dikeluarkan menjadi lebih besar yaitu pada upaya tindakan pencegahan terhadap kejadian, luka tekan, infeksi nosokomial, pasien jatuh dengan cedera, kesalahan obat yang mengakibatkan cedera (Nadzam, 2009).

Rumah sakit apabila tidak memperdulikan dan tidak menerapkan keselamatan pasien akan mengakibatkan dampak menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang ada dan berakibat pada penurunan mutu pelayanan rumah sakit. Pelayanan yang bermutu dan aman bagi pasien saling berkaitan dan tidak dapat dipisah-pisahkan (Cahyono, 2008). Keselamatan pasien merupakan salah satu isu makro mutu pelayanan kesehatan saat ini yang perlu diperhatikan selain isu etik dan *evidence based of practice* dalam memberikan pelayanan kesehatan (Lumenta, 2008).

Rumah sakit merupakan suatu bagian dari tatanan dan organisasi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Rumah sakit harus dapat melayani seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan dan pelayanan yang terkait dengan kebutuhan pasien secara mudah, cepat, akurat, bermutu dan biaya terjangkau (Ilyas, 2000).

Keselamatan pasien merupakan komponen kritis dari manajemen mutu pelayanan rumah sakit. Keselamatan pasien dapat memberikan kontribusi dalam peningkatan mutu, diantaranya: penerapan alat ukur; peran dan kerja sama tim dan para ahli; peran dari proses; penggunaan efektif dari data untuk peningkatan pelayanan; pembiayaan: serta dampak bagi pemimpin organisasi (WHO, 2007). Keselamatan pasien merupakan hasil dari interaksi komponen struktur dan proses. Artinya, proses pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan standar dan didukung

dengan struktur terstandarisasi serta kondisi lingkungan yang optimal yang menghasilkan pelayanan yang aman bagi pasien (Cahyono, 2008).

Peningkatan mutu pada keselamatan pasien perlu melibatkan dokter, perawat, manajer tenaga kesehatan, pembuat kebijakan dan pemerintah di seluruh dunia berupaya meningkatkan keselamatan pasien di tatanan pelayanan kesehatan sebagai suatu bagian dalam sistem pelayanan kesehatan (Vincent, 2005). Hal ini perlu mendapat perhatian karena kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus (Walshe & Boaden, 2006).

Pelayanan keperawatan berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit (Aditama, 2004). Jaminan mutu menjadi standar pertama dalam standar kinerja profesional perawat (Hamid dalam Soeroso, 2003). Perawat memiliki peran dalam menjaga mutu pelayanan rumah sakit pada keselamatan pasien (*International Council of Nurses*, 2002). Perawat memiliki peran yang dominan dalam mencegah terjadinya kesalahan pengobatan, diantaranya pelaporan kejadian, mendidik diri sendiri dan sesama perawat, memberikan rekomendasi tentang perubahan dalam prosedur dan kebijakan, dan keterlibatan dalam identifikasi masalah (Ramsey, 2005). Keselamatan pasien bagi perawat tidak hanya merupakan pedoman tentang apa yang seharusnya dilakukan, namun keselamatan pasien merupakan komitmen yang tertuang dalam kode etik perawat dalam memberikan pelayanan yang aman, sesuai kompetensi, dan berlandaskan kode etik bagi pasien (*Canadian Nurse Association*, 2004).

Faktor-faktor yang menjadi tantangan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman dan memberikan kontribusi dalam keselamatan pasien yaitu lingkungan klinik, isu ketenagaan, kerja sama tim, komunikasi, perspektif perawat tentang keselamatan pasien, perspektif pasien tentang keselamatan pasien, teknologi, dan budaya menyalahkan terhadap kejadian kesalahan (*Canadian Nurse Association*, 2004). Hal ini ditambahkan oleh Leape dalam

Buerhaus (2004) yang menyatakan bahwa salah satu hambatan yang paling penting dalam pelaksanaan program keselamatan pasien adalah kurangnya komitmen kepemimpinan. IOM dalam *Canadian Nurse Association* (2004) menyatakan bahwa tindakan perawat dalam lingkup keselamatan pasien akan dipengaruhi oleh lingkungan kerja perawat. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien juga telah menjadi standar kelima dalam standar keselamatan pasien rumah sakit di Indonesia (Depkes RI, 2008 & Reis, 2006).

Kepemimpinan merupakan kegiatan mempengaruhi orang lain untuk bekerja keras dengan penuh kemampuan untuk tujuan kelompok. Pemimpin dapat mempengaruhi bawahannya untuk melaksanakan keinginannya untuk mencapai tujuan organisasi (Gillies, 2000). Kepemimpinan dalam keperawatan meliputi manajer puncak (Direktur dan Wakil Direktur Keperawatan), manajer menengah (Kepala Bidang Keperawatan, Supervisor), dan manajer lini pertama (Kepala Ruang) (Swanburg, 2000).

Kepala ruang merupakan seorang perawat yang memiliki tanggung jawab, wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan perawatan di ruang rawat (Swanburg, 2000) serta memiliki tanggung jawab yang lebih besar dibandingkan perawat pelaksana dalam meyakinkan perawatan yang aman bagi pasien (Gillies, 2000). Kepala ruang dengan kepemimpinannya sebagai manajer lini pertama berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan (Walshe & Boaden, 2006). Kepala ruang sebagai manajer lini pertama menggunakan upaya-upaya yang efektif sebagai salah satu kunci keberhasilan program di ruang rawat (Shaw, 2007). Kepala ruang memiliki peran yang kritis dalam mendukung budaya keselamatan pasien dengan kepemimpinan efektif dalam menciptakan lingkungan yang positif bagi keselamatan pasien. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Capezuti, Rice, dan Wagner (2009) bahwa perawat manajer memiliki persepsi yang lebih positif terhadap budaya keselamatan pasien pada perawatan rehabilitasi dibandingkan perawat pelaksana di Amerika Serikat dan Kanada.

Kepemimpinan efektif meliputi enam komponen, yaitu pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, energi, tujuan, dan tindakan (Tappen, 2004). Seorang pemimpin yang efektif merupakan fasilitator kuat yang membantu hubungan efektif antara Sumber Daya Manusia (SDM), material, dan waktu, sehingga tujuan organisasi dapat tercapai dengan baik (Gillies, 2000).

Penelitian yang dilakukan Nyoman (2002) menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kepemimpinan efektif pada enam sub variabel kepemimpinan efektif (pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, energi, tujuan, dan tindakan dengan keberhasilan pelaksanaan pencegahan infeksi nosokomial khususnya tindakan mencuci tangan dan perawatan infus di RSUP Persahabatan Jakarta. Penelitian tentang kepemimpinan efektif juga dilakukan oleh Marpaung (2005), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kepemimpinan efektif pada sub variabel kepemimpinan (komunikasi, semangat, penentuan tujuan, tindakan dengan budaya kerja perawat pelaksana di RSUP. H. Adam Malik Medan dan pada analisis multivariat sub variabel semangat paling berhubungan dengan budaya kerja perawat pelaksana di RSUP. H. Adam Malik Medan.

Keselamatan pasien merupakan transformasi budaya. Seorang pemimpin dengan kepemimpinannya dapat melakukan perubahan budaya menuju keberhasilan program keselamatan pasien (Yahya, 2006). Hal ini perlu mendapat perhatian karena kepemimpinan merupakan elemen penting untuk menciptakan budaya yang kuat dalam menerapkan keselamatan pasien (*National Patient Safety Agency*, 2004). Peran perawat dalam isu keselamatan pasien adalah menciptakan budaya organisasi dengan komunikasi dan alur informasi yang jelas dan tepat (Clancy, Farquhar & Sharp, 2005)

Budaya keselamatan pasien merupakan komponen yang penting dan mendasar karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan (Fleming, 2006). Budaya keselamatan pasien merupakan konsep yang menarik, dan umumnya

menjadi penting dan mendasar untuk suatu organisasi dalam mengatur operasional keselamatan pasien (Walshe & Boaden, 2006).

Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) melakukan survey rumah sakit di Amerika tentang pelaksanaan budaya keselamatan pasien untuk masing-masing komponennya, yaitu didapat data kerja sama 79%; harapan supervisor/manajer keperawatan dalam promosi 75%; pembelajaran organisasi 71%; dukungan manajer 70%. Survey pelaksanaan budaya keselamatan pasien lainnya, yaitu persepsi keselamatan pasien 64%; umpan balik dan komunikasi terbuka 62%; pelaporan kejadian 60%; kerja sama lintas unit 57%; ketenagaan 55%; operan 44%; dan respon tidak menghukum terhadap kesalahan 44% (Nazdam, 2009). Survey di atas mengidentifikasi nilai yang rendah pada komunikasi, frekuensi pelaporan kejadian, kerja sama lintas unit, ketenagaan, pergantian jadwal dinas dan respon tidak menghukum terhadap kesalahan.

Penelitian tentang budaya keselamatan pasien dilakukan oleh Hamdani (2007) tentang analisis budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Jakarta, didapatkan data perawat sebagai komponen tenaga kesehatan yang paling berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien. Faktor penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Jakarta dipersepsikan kuat pada kerja sama tim dan paling lemah pada pengaturan ketenagaan. Penelitian lainnya tentang budaya keselamatan pasien dilakukan oleh Unaiyah (2006) tentang pengetahuan, sikap, dan persepsi pemimpin struktural, fungsional pada program keselamatan pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dengan pendekatan kualitatif pada 14 responden. Lima responden baik struktural maupun fungsional mengetahui ruang lingkup keselamatan pasien, walaupun definisi agak sulit dipahami dan definisi yang terlalu luas. Sistem keselamatan pasien sudah dilakukan, namun belum terstruktur dan teratur. 14 responden menyatakan sikap yang positif terhadap penerapan budaya keselamatan pasien.

Tantangan terbesar yang perlu dilakukan dalam menciptakan budaya keselamatan pasien yang terbuka adalah mendirikan dan mempertahankan budaya

positif tentang keselamatan pasien pada organisasi pelayanan kesehatan (Walshe & Boaden, 2006). Karakteristik budaya positif tentang keselamatan pasien di antaranya adalah persepsi yang diinformasikan tentang pentingnya keselamatan pasien, dan komitmen pemimpin serta tanggung jawab pembuat kebijakan. Scott et al (2003) menyatakan bahwa pengembangan budaya positif keselamatan pasien dapat meningkatkan kinerja karyawan dalam menerapkan program keselamatan pasien.

RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta merupakan rumah sakit pusat rujukan nasional dari rumah sakit lainnya baik dari wilayah DKI Jakarta maupun luar DKI Jakarta dan merupakan rumah sakit tipe A pendidikan. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta merupakan rumah sakit padat tenaga kesehatan termasuk perawat di dalamnya, termasuk perawat tetap dan praktikan perawat. Hal ini akan berisiko terhadap pelayanan yang tidak aman bagi pasien. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dahulu berbentuk Perusahaan Jawatan berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 116, 2000 dan sekarang menjadi rumah sakit Badan Layanan Umum (BLU) berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) no. 23, 2005 (Hussain, 2007).

Perubahan status ini mengakibatkan perubahan manajemen dan struktur organisasi rumah sakit dan keperawatan pada khususnya, sehingga berpengaruh pada pelayanan keperawatan yang sedang berlangsung (Tukinem, 2004). Hal ini membuat RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta selalu meningkatkan upaya-upaya dalam peningkatan mutu keperawatan, diantaranya adalah keselamatan pasien.

Didapatkan beberapa kejadian yang tidak diharapkan dalam masalah keselamatan pasien di rawat inap terpadu gedung A terpadu RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta pada 2009. Kejadian tidak diharapkan antara lain terjadi kesalahan pada cara pemberian obat, yakni dosis, jenis dan waktu pemberian obat sebesar 3 %; kejadian pasien jatuh dari tempat tidur 3%; kesalahan dalam melakukan tindakan operasi pada daerah tubuh yang akan dioperasi 1%; kesalahan dalam

mengidentifikasi pasien dalam melakukan tindakan medis 2%; beberapa kejadian infeksi nosokomial pada luka operasi 5% (Data penanggung jawab keselamatan pasien gedung A). Data ini memberikan gambaran masih adanya masalah keselamatan pasien di rawat inap terpadu gedung A yang perlu menjadi perhatian mengingat insidensi kejadian tidak diharapkan di rumah sakit diharapkan pada nilai *zero defect* (tingkat insidensi 0%).

Yahya (2006) menjelaskan pelaporan kejadian tidak diharapkan (KTD) di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta ke Polda Metro Jaya Jakarta pada 2004. Kasus yang dilaporkan antara lain kasus meninggal karena operasi pada usus; kasus hidrocephalus; kasus keracunan merkuri dan arsen; kasus membiarkan pasien yang harus dirawat; kasus operasi; dan kasus kelalaian mengakibatkan kematian. Dirasakan perlu adanya upaya lain dalam peningkatan mutu pelayanan yang lebih terstruktur dan bersifat proaktif dalam usaha menekan angka kejadian yang tidak diharapkan ini berdasarkan kejadian tersebut. Hasil yang diharapkan adalah berkembangnya suatu budaya pelayanan yang bermutu tinggi, aman, transparan dan responsif menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam kehidupan profesi sehari-hari.

Hasil studi pendahuluan yang didapatkan melalui wawancara dengan kepala bagian unit pelaksana jaminan mutu RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta pada 15 Maret 2010 menyatakan bahwa unit jaminan mutu mempunyai tugas mengkoordinasikan penyelenggaraan kegiatan penjaminan dan peningkatan mutu serta keselamatan pasien. Rencana strategis 2007-2010 terdapat lima rencana strategis RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Tujuan pertama adalah tercapainya pelayanan prima yang menjamin kepuasan pelanggan dengan strateginya yaitu menerapkan konsep pelayanan prima dengan pendekatan manajemen mutu dengan sasaran pengukuran indikator keselamatan pasien pada 2007, dan terselenggaranya program keselamatan pasien pada 2008.

Tim Keselamatan Pasien RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta juga telah melakukan survei tentang persepsi semua tenaga kesehatan tentang budaya

keselamatan pasien pada 2008 (Data Unit UPJM RSCM, 2008). Hasil survey menunjukkan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta berada pada karakteristik “kalkulatif” dengan menggunakan alat ukur pengkajian keselamatan pasien dari *Manchester Patient Survey Assesment Framework* (MaPSaF) (Walshe & Boaden, 2006). Karakteristik kalkulatif berarti RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta berada pada tingkatan paling tengah pada lima tingkat maturitas budaya keselamatan pasien yaitu patologis, reaktif, kalkulatif, proaktif, dan generatif (Flemming, 2008).

Karakteristik kalkulatif berarti RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sebagai salah satu organisasi pelayanan kesehatan sudah memiliki sistem untuk mengatur semua hal yang berisiko terhadap keselamatan pasien (Walshe & Boaden, 2006). Hal ini ditambahkan menurut Fleming (2008) bahwa organisasi yang berada pada level kalkulatif cenderung terikat pada aturan, posisi, dan otoritas departemen. Organisasi sudah memiliki pendekatan sistematis, namun penerapan program keselamatan pasien masih terbatas di lingkup cedera medis yang sering terjadi.

RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta menggunakan standar keselamatan pasien dari WHO *Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* yang bekerja sama dengan *Joint Commission International* telah meluncurkan sembilan standar keselamatan. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta baru menerapkan enam standar dari sembilan standar WHO-JCI yang ada, yaitu (1) identifikasi pasien, (2) komunikasi efektif, (3) memastikan akurasi pemberian obat, (4) keselamatan pasien pada tindakan pembedahan, (5) meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial, dan (6) pencegahan pada risiko jatuh (Data Unit UPJM RSCM, 2009). Standar yang belum diterapkan adalah pembentukan sistem, pencegahan infeksi nosokomial, dan pengkajian risiko.

Program pelaksanaan keselamatan pasien telah dicanangkan sejak 2007 RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dan telah membentuk tim keselamatan pasien yang terdiri dari dokter, perawat, staf administrasi berdasarkan S.K Direktur

Utama nomor 241185/TU.K/18/XI/2007 dengan uraian tugas membuat kebijakan terkait program dan standar keselamatan pasien rumah sakit, membuat pedoman keselamatan pasien pada 10 penyakit terbanyak. Uraian tugas tim keselamatan pasien lainnya adalah penyusunan indikator-indikator keselamatan pasien pada semua unit kerja pelayanan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, menerima laporan insiden dari unit kerja pelayanan, menganalisis dan mengevaluasi laporan insidensi dan melaporkan kepada Direksi Pengembangan dan Pemasaran dan Direktur Utama RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta untuk selanjutnya dilaporkan ke Komite Keselamatan Pasien-PERSI Depkes RI (Dokumen UPJM RSCM 2009).

Rawat inap terpadu gedung A terpadu merupakan unit kerja ruang perawatan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang dioperasikan mulai 2008 berdasarkan S.K Direktur Utama nomor 23871/TU.K/20/I/2008 dan menjadi unit rawat inap percontohan bagi unit pelayanan lainnya di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Rawat inap terpadu gedung A terdapat delapan lantai ruang perawatan dan setiap lantai terdiri dari dua zona perawatan. Jumlah perawat sejumlah 520 perawat yang terdiri dari manajer perawat, supervisor, kepala ruang yang terdiri dari seorang *Head Nurse* dan *Nurse Officer*, ketua tim, dan perawat pelaksana. Tingkat *Bed Occupancy Rate* (BOR) di rawat inap terpadu gedung A rata-rata 80-85% (Data Laporan Tahunan Bidang Keperawatan RSCM, 2009).

Visi ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yaitu meningkatkan kualitas pelayanan bagi kesehatan dan kenyamanan. Misi, antara lain menjadi tempat rawat inap terpadu dan memudahkan pelanggan, meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan komunikasi SDM (Sumber Daya Manusia), bekerja sama dengan lingkungan internal maupun eksternal gedung A dalam pelayanan, penelitian, dan pendidikan secara berkelanjutan. Nilai, yaitu berorientasi pada nilai keselamatan pasien, tidak cepat puas dan terus melakukan upaya perbaikan (Laporan Manajer gedung A RSCM, 2009).

Rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sudah memiliki tim keselamatan pasien yang memiliki Surat Keputusan dari Direktur Utama RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta nomor 85/TU.K/25/III/2008, walaupun secara struktur organisasi masih belum jelas digambarkan. Tim terdiri dari satu perawat penanggung jawab untuk 16 ruang rawat di gedung A. Uraian tugas masih belum fokus karena perawat penanggung jawab keselamatan pasien juga bertugas sebagai supervisor untuk dua ruang rawat inap lantai tujuh. Setiap ruang rawat di setiap zona pada delapan lantai terdapat satu penanggung jawab keselamatan pasien yaitu *Infection Control Nurse (ICN)*, namun uraian tugas masih belum jelas karena juga sebagai penanggung jawab pengendalian infeksi nosokomial di ruang rawat.

Rawat inap terpadu gedung A memiliki kepala ruang yang terbagi menjadi *Nurse Officer* dan *Head Nurse* yang secara operasional dilaksanakan mulai 2009 berdasarkan SK Direktur Utama nomor 12/TU.K/5/IX/2008. Uraian tugas *Nurse Officer* adalah mengatur pelayanan keperawatan ruangan dalam hal administrasi, pengadaan logistik dan hubungan dengan unit, sedangkan *Head Nurse* adalah mengatur asuhan keperawatan baik mandiri, maupun kolaborasi dengan profesi kesehatan lainnya di ruangan. *Head Nurse* bertanggung jawab dalam mengendalikan keselamatan pasien dan infeksi nosokomial di ruang rawat (Laporan Bidang Keperawatan RSCM, 2009).

Head Nurse berjumlah 16 perawat dan belum pernah dilakukan evaluasi kinerja sampai akhir 2009 (Data laporan tahunan Bidang Keperawatan RSCM, 2009). *Head Nurse* sebagai kepala ruang yang bertanggung jawab dalam pengelolaan asuhan keperawatan kepada pasien memiliki kualifikasi, yaitu lebih diutamakan Sarjana Keperawatan, lulusan dari Institusi pendidikan negeri/swasta/luar negeri dengan akreditasi minimal B, golongan minimal IIIb. *Head Nurse* juga harus mempunyai kepemimpinan yang baik, memiliki pengalaman klinik selama tiga tahun untuk lulusan Sarjana Keperawatan dan lima tahun untuk lulusan D3 Keperawatan, serta lebih diutamakan yang memiliki sertifikat keperawatan klinik (Pedoman uraian tugas tenaga keperawatan di RSCM, 2009).

Peran kepala ruang menjadi *Nurse Officer* dan *Head Nurse* berdasarkan wawancara tanggal 28 Maret 2010 pada empat supervisor, empat *Nurse Officer/Head Nurse*, dan 10 perawat pelaksana masih terkadang tumpang tindih dilakukan, walaupun uraian tugas masing-masing kepala ruang tersebut sudah ada. Masalah ini didasarkan pada perubahan peran kepala ruang ini menjadi *Nurse Officer* dan *Head Nurse* yang masih membutuhkan proses adaptasi, baik dari supervisor, kepala ruang sendiri, ketua tim, maupun perawat pelaksana. Hal ini menjadi fenomena yang menarik untuk diteliti lebih lanjut.

Karakteristik *Head Nurse* 60,9% dengan latar belakang pendidikan S1 Keperawatan dan 39,1 % dengan D3 Keperawatan. Distribusi menurut jenis kelamin adalah 90% wanita dan 10% laki-laki. Distribusi menurut usia *Head Nurse* adalah 0,57% berusia pada rentang 20-30 tahun; 1,53 % pada rentang 31-40 tahun; 1,91% pada rentang 41-50 tahun; 0,2% pada rentang 51-55 tahun dan 0,2% pada rentang 55-60 tahun. Distribusi *Head Nurse* berdasarkan pengalaman sebagai adalah dengan masa kerja lebih dari satu tahun.

Pelatihan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), pelatihan manajemen bangsal termasuk pelatihan kepemimpinan (bagi kepala ruang, ketua tim) didalamnya pada 2008, pelayanan prima, dan keselamatan pasien sudah pernah didapatkan *Head Nurse* dan perawat pelaksana di rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (Laporan Bidang Keperawatan RSCM, 2009). Pelatihan internal (*in house training*) tentang keselamatan pasien untuk perawat sudah dilakukan pada akhir 2007 dengan jumlah peserta 30-40 perawat. Pelaksanaan keselamatan pasien sudah dilakukan di rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sejak 2008 (Laporan Tahunan Manajer Keperawatan Gedung A RSCM, 2009).

Karakteristik perawat pelaksana di ruang rawat gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 15,4 % dengan S1 Keperawatan 75,6% dengan latar belakang pendidikan D3 Keperawatan dan 9% dengan SPK. Distribusi menurut jenis kelamin adalah 85% wanita dan 15% laki-laki. Distribusi menurut usia

adalah 60% berusia pada rentang produktif antara 20-40 tahun dan 40% pada rentang 41-60 tahun. Distribusi perawat pelaksana berdasarkan pengalaman sebagai adalah dengan masa kerja lebih dari satu tahun sebesar 90%, kurang dari satu tahun sebesar 10% (Laporan Tahunan Manajer Keperawatan gedung A RSCM, 2009).

Perawat penanggung jawab keselamatan pasien di gedung A terpadu mengidentifikasi beberapa hambatan dalam penerapan keselamatan pasien diantaranya adalah komunikasi dan kerja sama, pelaporan kejadian dan respon menghukum pada kesalahan (Data laporan keselamatan pasien RSCM, 2008-2009). Hal ini kurang sesuai dengan hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan melalui penyebaran kuesioner pada 20 perawat di rawat inap terpadu gedung A tentang persepsi perawat tentang pelaksanaan uraian tugas kepala ruang dan komunikasi terbuka dalam penerapan budaya keselamatan pasien pada 25 Maret 2010. Peneliti mendapat data, 90,25% perawat berpersepsi baik terhadap pelaksanaan uraian tugas kepala ruang, dan 80,75% perawat menerapkan komunikasi terbuka dalam penerapan budaya keselamatan pasien.

Peneliti sampai saat ini belum menemukan penelitian tentang kepemimpinan efektif *Head Nurse* dalam penerapan budaya keselamatan pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Hal ini membuat peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* dengan Penerapan Budaya Keselamatan pasien oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

1.2 Perumusan Masalah Penelitian

Keselamatan pasien merupakan masalah yang penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Berbagai studi dan penelitian telah dilakukan untuk mengidentifikasi insidensi keselamatan pasien, dampak dari pelaksanaan keselamatan pasien yang kurang optimal, dan peran kepemimpinan perawat terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien. *Head Nurse* sebagai manajer lini pertama memiliki peran yang kritis dalam mendukung budaya keselamatan pasien dengan kepemimpinan

efektif telah menunjukkan arti penting dalam menciptakan lingkungan yang positif bagi keselamatan pasien. Penelitian tentang hubungan kepemimpinan efektif kepala ruang dan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap belum ada khususnya di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Masalah penelitian ini belum pernah dilakukan evaluasi kepemimpinan efektif *Head Nurse*, belum pernah dievaluasi penerapan budaya keselamatan pasien sejak 2008. Hal ini merupakan evaluasi pencanangan program keselamatan pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sejak 2007, khususnya di ruang rawat inap terpadu gedung A. Masalah penelitian lainnya yaitu masih belum terlihat gambaran dalam penerapan budaya keselamatan pasien, yaitu pada komunikasi dan kerja sama, pelaporan kejadian, dan respon menghukum pada kesalahan.

Pertanyaan penelitian yang peneliti rumuskan adalah “Apakah ada hubungan antara kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana?”. Pertanyaan penelitian selanjutnya “apakah ada hubungan karakteristik perawat pelaksana dengan persepsinya terhadap pelaksanaan kepemimpinan efektif *Head Nurse*?”. Pertanyaan penelitian yang terakhir “apakah ada hubungan antara karakteristik perawat pelaksana dengan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta?”.

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini mempunyai tujuan umum dan tujuan khusus yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuinya hubungan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

Diketuinya:

- 1.3.2.1 Karakteristik perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- 1.3.2.2 Kepemimpinan efektif *Head Nurse* di ruang rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- 1.3.2.3 Penerapan budaya keselamatan pasien perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- 1.3.2.4 Hubungan pengetahuan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien.
- 1.3.2.5 Hubungan kesadaran diri *Head Nurse* yang dengan penerapan budaya keselamatan pasien.
- 1.3.2.6 Hubungan komunikasi *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien.
- 1.3.2.7 Hubungan penggunaan energi *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien.
- 1.3.2.8 Hubungan penentuan tujuan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien.
- 1.3.2.9 Hubungan pengambilan tindakan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien.
- 1.3.2.10 Komponen kepemimpinan efektif *Head Nurse* yang paling berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien.
- 1.3.2.11 Komponen karakteristik perawat pelaksana yang berhubungan dengan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikasi/ RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Manfaat bagi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta ditujukan untuk:

1.4.1.1 Direktur

Evidence based of nursing practice yang ditemukan pada penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan kebijakan program

keselamatan pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Kebijakan tentang kepemimpinan efektif juga perlu diperhatikan dengan pelatihan kepemimpinan bagi *Head Nurse*.

1.4.1.2 Bidang Keperawatan

Evidence based nursing practice yang ditemukan pada penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam program budaya keselamatan pasien dalam pengembangan kebijakan keperawatan, pelatihan Sumber Daya Manusia (SDM) keperawatan. Manfaat lainnya adalah terbentuknya kebijakan penghargaan dan sanksi budaya keselamatan pasien dan program monitoring/evaluasi (*Monev*) program keselamatan pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

1.4.1.3 *Head Nurse*

Penelitian ini sebagai masukan akan keterlibatan *Head Nurse* dan komitmen secara pribadi sebagai pimpinan ruang perawatan dalam mengatur pelayanan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Penelitian ini nantinya juga mengevaluasi pelaksanaan kepemimpinan efektif *Head Nurse* sebagai penanggung jawab dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien, termasuk penerapan budaya keselamatan pasien dan evaluasi penerapan budaya keselamatan pasien sebagai komponen dasar pelaksanaan keselamatan pasien yang sudah dicanangkan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sejak 2007.

1.4.1.4 Perawat Pelaksana

Penelitian ini sebagai masukan dalam upaya meningkatkan komitmen perawat secara pribadi dalam keberhasilan program budaya keselamatan pasien yang berkontak langsung dengan pasien dan secara tidak langsung menjadikan keselamatan bagi perawat sendiri.

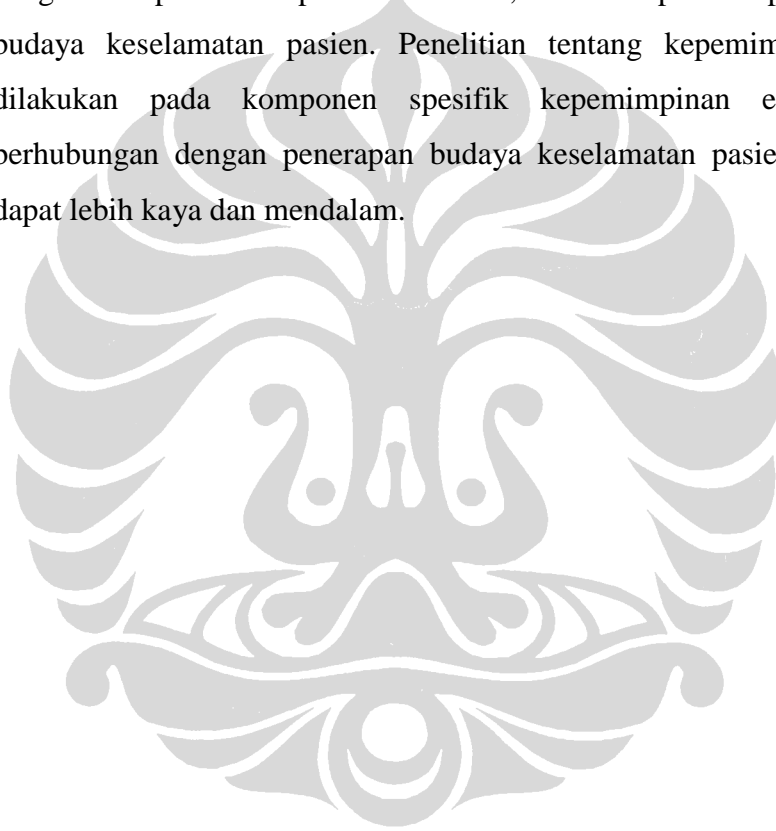
1.4.2 Manfaat Akademik/Teoritis/Keilmuan

Penelitian ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan keilmuan sebagai sumber kepustakaan tentang keterlibatan perawat dalam keberhasilan program penerapan

budaya keselamatan pasien. Program budaya keselamatan pasien dapat dijadikan dalam kurikulum manajemen keperawatan sebagai bagian dari manajemen mutu keperawatan. Kepemimpinan efektif dapat juga sebagai bagian materi dalam kepemimpinan keperawatan.

1.4.3 Manfaat Metodologi

Penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal untuk penelitian berikutnya tentang keselamatan pasien misalnya keselamatan perawat sendiri, penelitian dengan sampel beberapa rumah sakit, dan komponen spesifik dari program budaya keselamatan pasien. Penelitian tentang kepemimpinan efektif dapat dilakukan pada komponen spesifik kepemimpinan efektif yang paling berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien agar data yang di dapat lebih kaya dan mendalam.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Keselamatan pasien merupakan transformasi budaya seorang pemimpin dengan kepemimpinannya untuk dapat melakukan perubahan budaya menuju keberhasilan program keselamatan pasien (Yahya, 2006). Hal ini perlu mendapat perhatian karena kepemimpinan merupakan elemen penting untuk menciptakan budaya yang kuat dalam menerapkan keselamatan pasien (*National Patient Safety Agency*, 2004). Kepemimpinan efektif kepala ruang merupakan salah satu faktor yang berperan dalam keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien (Wagner et al, 2009). Budaya keselamatan pasien dapat diukur dengan alat ukur berdasarkan *Agency for Healthcare Research and Quality* (2004). Uraikan teori-teori yang terkait meliputi kepemimpinan efektif, fungsi manajemen keperawatan, budaya organisasi, budaya keselamatan pasien, keselamatan pasien, dan karakteristik perawat.

2.1 Kepemimpinan Efektif

2.1.1 Pengertian Kepemimpinan

Kepemimpinan diartikan sebagai suatu proses interaktif yang dinamis yang mencakup tiga dimensi, yaitu pemimpin, bawahan, dan situasi. Masing-masing komponen tersebut saling mempengaruhi satu sama lain, misalnya pencapaian tujuan tergantung bukan hanya karena sifat pribadi dari seorang pemimpin, tetapi juga tergantung dari kebutuhan bawahan dan situasi yang sedang dihadapi (Swanburg, 2000). Definisi kepemimpinan lainnya dikemukakan oleh Gillies (2000), yaitu suatu interaksi sosial di mana satu kelompok memiliki suatu kemampuan yang lebih besar untuk mempengaruhi perilaku orang lain. Definisi lain juga mengartikan kepemimpinan sebagai suatu proses mempengaruhi orang lain untuk kesatuan tujuan. Konsep penting dalam kepemimpinan meliputi pengaruh, komunikasi, proses kelompok, pencapaian tujuan, dan motivasi (Huber, 2006).

Definisi kepemimpinan berdasarkan uraian di atas menjelaskan kepemimpinan sebagai suatu proses interaksi yang dinamis antara atasan, bawahan, lingkungan tempat berinteraksi. Kepemimpinan yang dilakukan pimpinan akan mempengaruhi bawahan untuk mencapai tujuan bersama yaitu tujuan organisasi. Kepemimpinan dibutuhkan oleh seorang pemimpin dalam mengatur komponen-komponen organisasi menuju tujuan bersama.

2.1.2 Pengertian Kepemimpinan Efektif

Kepala ruang manajer lini pertama menggunakan upaya-upaya yang efektif sebagai salah satu kunci keberhasilan program di ruang rawat (Shaw, 2007). Kepemimpinan efektif merupakan kesepakatan bersama antara pimpinan dengan bawahan dalam mencapai tujuan suatu organisasi (Tappen, 2004). Definisi lain menyatakan pemimpin yang efektif merupakan pemimpin yang sukses dalam mempengaruhi pengikutnya untuk bekerja sama dalam produktivitas dan kepuasan kerja. Kepemimpinan efektif merupakan kesatuan yang terintegrasi antara prinsip-prinsip kepemimpinan dan karakteristik prinsip serta teknik manajemen (Huber, 2006).

Kepemimpinan efektif merupakan kemampuan seorang pemimpin dalam memberikan keseimbangan antara pemberian tugas dan mengelola ketenagaan serta memfasilitasi pemecahan masalah dalam kesenjangan antara kemampuan, prosedur, struktur organisasi, dan motivasi. Seorang pemimpin efektif akan mampu mempengaruhi dan mengikutsertakan bawahannya dalam kegiatan organisasi dengan tujuan yang jelas berdasarkan target waktu yang sudah ditetapkan (Dollan & Sellwood, 2008). Kepemimpinan efektif merupakan kemampuan pemimpin dalam mempengaruhi bawahan dalam pencapaian kesuksesan tujuan organisasi. Kepemimpinan efektif menuntut penguasaan pemimpin akan tugas dan ketenagaan yang ada, sehingga kepuasan kerja dapat tercapai.

2.1.3 Komponen Kepemimpinan Efektif

Komponen kepemimpinan efektif meliputi memiliki pengetahuan yang kompeten tentang area profesinya (dalam hal ini pengetahuan tentang kepemimpinan dan pengetahuan tentang keperawatan); memiliki kesadaran diri dalam memahami kebutuhan pribadi dan orang lain; kejelasan dan keefektifan dalam berkomunikasi. Komponen kepemimpinan efektif lainnya meliputi penggunaan energi dalam kegiatan kepemimpinan; menentukan tujuan yang jelas, sesuai, dan bermakna untuk kelompok; serta mengambil tindakan (Tappen, 2004). Penjelasan masing-masing komponen adalah sebagai berikut:

2.1.3.1 Pengetahuan

Pengetahuan pemimpin diartikan sebagai pengetahuan tentang keilmuan dan keterampilan sebagai kompetensinya (Dollan & Sellwood, 2008). Pengetahuan yang harus dimiliki oleh pemimpin efektif menurut Tappen (2004) dan Swanburg (2000) meliputi pengetahuan kepemimpinan. Pengetahuan kepemimpinan yang harus dimiliki adalah pengetahuan bagaimana mempengaruhi bawahan untuk berperilaku, kepemimpinan dirinya sendiri, kepemimpinan terhadap lingkungan sekitar, proses manajemen dan organisasi, dan pengetahuan dalam berinteraksi dengan bawahan untuk mengetahui penilaian kinerjanya (Tappen, 2004 & Swanburg, 2000).

Pengetahuan lainnya yang harus dimiliki oleh pemimpin adalah pengetahuan keperawatan. Pemimpin harus memiliki kemampuan tentang proses keperawatan dan keterampilan keperawatan. Pemimpin dapat meningkatkan kompetensinya dengan mengikuti seminar, pendidikan, pelatihan (Tappen, 2004 dan Swanburg, 2000). Pendidikan dan pelatihan ini akan menambah kompetensi dasar dan keterampilan seorang pemimpin sebagai kekuatan pribadi dalam meningkatkan kemampuan untuk melakukan perubahan, dan sebagai menjadi agen berubah yang efektif (Shaw, 2007).

Transfer pengetahuan pemimpin kepada bawahan akan memberikan informasi kepada bawahan akan apa yang pemimpin lakukan dan ketahui yang memberikan

arah kepada bawahan dalam melakukan tindakan yang tepat. Seorang pemimpin yang memiliki kekurangan pada pengetahuan menjadi sumber kegagalan kepemimpinan seseorang. Seorang pemimpin terkadang tidak memiliki pengetahuan yang cukup ketika menduduki suatu posisi manajerial, bahkan pada posisi puncak. Hal ini akan menimbulkan ketidakpercayaan bawahan dan kegagalan organisasi (Wise & Kowalski, 2006).

Arti penting kompetensi pengetahuan bagi seorang pemimpin ini didukung dengan diadakannya pertemuan 25 pemimpin keperawatan dalam konferensi keperawatan di Texas yang mendiskusikan evaluasi kompetensi perawat profesional. Kompetensi yang harus dimiliki pemimpin perawat diantaranya memiliki pengetahuan umum tentang keperawatan dan kemampuan menilai kemampuan klinik pemimpin perawat itu sendiri (Allen et al, 2008).

2.1.3.2 Kesadaran Diri

Pengenalan terhadap diri sendiri merupakan tahapan berikutnya untuk menjadi pemimpin yang efektif. Seorang pemimpin harus mampu berpikir, merasa dan berinteraksi terhadap lingkungan lain yang semakin lama akan mengalami perubahan. Pemimpin harus mempunyai integritas, prinsip, komitmen, dan kejujuran dalam menjalankan peran dan fungsinya (Dollan & Sellwood, 2008).

Kesadaran diri juga bisa diartikan kepercayaan diri yang dimiliki pemimpin. Kepercayaan diri berarti seseorang percaya dengan dirinya sendiri, apa yang dilakukan, menjadikan visi jelas bagi orang lain, dan percaya pada misi yang dibuat (Shaw, 2007). Kanter dalam Shaw (2007) kepercayaan diri seorang pemimpin berperan dalam menciptakan hubungan yang nyaman di tempat kerja sehingga bawahan dapat bekerja dengan baik. Kepercayaan diri adalah harapan sukses seseorang yang menghubungkan harapan dan kinerja.

Kesadaran diri merupakan salah satu kemampuan emosional pemimpin juga merupakan bentuk kesadaran pemimpin selain pengaturan diri sendiri, motivasi diri sendiri, empati, kemampuan bersosialisasi. Kemampuan emosional ini juga

disebut sisi *soft skill* seorang pemimpin. Seorang pemimpin harus mampu mengendalikan emosi, suasana hati, dan faktor lain yang bisa berpengaruh pada perasaan dan perilaku pemimpin. Hal ini karena dapat berpengaruh kepada orang lain termasuk bawahan, karena seorang pemimpin adalah sosok panduan bagi bawahan (Wise & Kowalski, 2007).

2.1.3.3 Komunikasi

Komunikasi merupakan bagian penting dalam kepemimpinan. Komunikasi sebagai kompetensi mendasar seorang pemimpin menurut *American Organization of Nurses Execution (AONE)*, 2005 dalam berinteraksi dengan rekan sesama pemimpin, pengikut dan karyawan lainnya. Kompetensi komunikasi ini menjadi penting karena komunikasi efektif berhubungan dengan pengelolaan dalam penyelesaian konflik. Komunikasi efektif juga berperan dalam tersosialisasinya isu pelayanan keperawatan dan isu organisasi. Komunikasi efektif membuat informasi lebih terarah dan mudah untuk diterima melalui komunikasi tertulis (Wise & Kowalski, 2006).

Komunikasi memiliki dua aspek penting, yaitu sikap saat berkomunikasi dan alat untuk berkomunikasi (Wise & Kowalski, 2006). Komunikasi dapat secara verbal, tertulis, maupun lisan. Kepemimpinan tidak akan dapat terjadi tanpa interaksi dengan orang lain. Hal ini menjadikan pentingnya menjaga keberlangsungan dalam berinteraksi. Keterampilan komunikasi dapat berupa mendengar aktif, mendorong saluran informasi, asertif, memberikan umpan balik, upaya menciptakan perantara apabila terdapat masalah dalam komunikasi, membentuk jaringan, menyatakan komunikasi sebagai visi (Tappen, 2004).

2.1.3.4 Penggunaan Energi

Hal-hal yang perlu diperhatikan tentang penggunaan energi oleh pemimpin yaitu energi yang tinggi dapat meningkatkan keefektifan pemimpin, karena ketika pemimpin berinteraksi dengan orang lain, maka energinya akan secara tidak langsung berdampak kepada bawahannya. Energi tidak hanya pada kekuatan fisik, namun juga pengaturan perasaan (Tappen, 2004). Antusias, semangat dan gairah

yang besar yang dapat berpengaruh ke bawahan dalam bertindak dan memberikan inspirasi kepada bawahan untuk bekerja lebih baik (Dollan & Sellwood, 2008).

Pemimpin dapat meningkatkan energinya dengan olah raga, pola makan, rekreasi, dan lain-lain. Shaw (2007) menambahkan seorang pemimpin harus mampu memotivasi dan memberikan semangat kepada bawahannya untuk bertindak positif. Penggunaan energi merupakan keberanian pemimpin untuk mau mengambil risiko yang tepat dan komitmen yang jelas untuk memotivasi nilai dan keyakinan staf yang tidak nyata tergambar (*exsplisit value and belief*). Pemberian semangat pada bawahan diartikan juga memberikan sesuatu yang terbaik, menyemangati, dan mempengaruhi pola pikir bawahan yang positif (Wise & Kowalski, 2006).

Welch (2006) dalam Cahyono (2008) juga menyebutkan pemimpin perlu mempengaruhi kehidupan orang lain, memancarkan energi positif dan optimisme. Seorang pemimpin juga perlu melakukan pemberian inspirasi untuk berani mengambil risiko dan belajar dengan memberikan teladan serta merayakan keberhasilan.

2.1.3.5 Penentuan Tujuan

Penentuan tujuan termasuk dalam fungsi manajerial pada perencanaan. Perencanaan adalah keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan di masa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan yang matang akan memberi petunjuk dan mempermudah dalam melaksanakan suatu kegiatan dan merupakan pola pikir yang dapat menentukan keberhasilan suatu kegiatan dan titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan selanjutnya. Hirarki dalam perencanaan terdiri dari perumusan visi, misi, filosofi, peraturan, kebijakan, dan prosedur (Marquis & Houston, 2006).

Pemimpin harus mampu mensosialisasikan visi organisasi dan visi pribadi kepada staf organisasi sebagai visi bersama (Shaw, 2007). Tujuan akan memberikan arah

terhadap hasil. Pemimpin berperan dalam mempengaruhi dirinya sendiri dan pengikutnya untuk pencapaian tujuan. Terdapat tiga tingkat tujuan yang perlu ditetapkan pemimpin dalam mengelola suatu program yaitu tujuan pribadi, tujuan kelompok, serta tujuan organisasi. Tujuan yang jelas oleh pemimpin harus disampaikan kepada bawahannya dan melibatkan bawahan dalam merumuskannya (Dollan & Sellwood, 2008).

2.1.3.6 Mengambil Tindakan

Pemimpin efektif adalah berorientasi pada penentuan tindakan. Pemimpin harus mengambil tindakan berdasarkan keenam komponen lainnya. Tindakan pemimpin efektif harus memperhatikan yaitu, pemimpin berorientasi pada kemampuan sebelum melakukan; tidak perlu menunggu orang lain dalam melakukan tindakan; melakukan perencanaan sebelum bertindak; bekerja sama dengan orang lain dalam bertindak; bertindak secara profesional, mampu mengambil keputusan, mampu memberikan ide-ide; menggunakan teknik-teknik kepemimpinan dalam bertindak (Tappen, 2004).

Ivankevich, Konopaske & Matteson (2005) menyatakan bahwa pemimpin dalam berperilaku haruslah menunjukkan kepemimpinan efektifnya. Welch (2006) dalam Cahyono (2008) menyebutkan seorang pemimpin perlu memastikan bahwa pertanyaan bawahannya perlu dijawab dengan tindakan. Pemimpin juga perlu meneliti dan mendorong dengan rasa ingin tahu dan menjauhi sikap skeptis terhadap stafnya.

2.1.3 Menilai Kepemimpinan Efektif

Menilai kepemimpinan efektif dapat dinilai dengan *chek list* kepemimpinan efektif yang ditemukan oleh Tappen (2004) tentang kepemimpinan efektif yang terdiri dari pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi; penggunaan energi, menentukan tujuan, dan mengambil tindakan. Penilaian ini bersifat subjektif dan kurang objektif, karena menilai diri sendiri tentang seberapa jauh kepemimpinan efektif yang sudah miliki.

Tujuan pengisian kuesioner ini bukan untuk mengetahui skor sendiri pada tahap tinggi, sedang, atau rendah. Tujuan pengisian kuesioner ini bukan juga untuk mengukur seberapa efektif dan tidak efektif kepemimpinan seseorang. Hasil akhir yang didapat dari kuesioner ini adalah memberikan penguatan pada komponen kelebihan yang seseorang miliki (khususnya pada kolom cukup) dan untuk mengidentifikasi hal-hal yang perlu diubah untuk menjadi pemimpin yang efektif. Kuesioner ini terdiri dari 43 pertanyaan dengan skala likert banyak, cukup, dan tidak mempunyai. Masing-masing komponen kepemimpinan efektif dalam *check list* memiliki jumlah pertanyaan yang berbeda-beda (Tappen, 2004).

Penilaian lainnya diperoleh dari penilaian bawahan. Penilaian ini lebih objektif dibandingkan penilaian seorang pemimpin sendiri. Bawahan merupakan bagian penting yang ikut berperan dalam keluaran kinerja suatu organisasi dan kebutuhan pengembangan yang diperlukan untuk memberikan hasil serta penilaian kepada organisasi (Shaw, 2007). Kepemimpinan merupakan suatu proses interaksi antara tiga dimensi, yaitu pimpinan, bawahan, dan situasi. Bawahan sangat tergantung atasan dalam mendapatkan perlakuan yang adil dan aman. Atasan menciptakan kondisi untuk mewujudkan kepemimpinan efektif dengan membentuk suasana yang diterima bawahan yang terbentuk dengan sikap dan perilaku pimpinan (Swanburg, 2000). Atasan dan bawahan akan berinteraksi untuk saling memberikan umpan balik terhadap peran masing-masing (Shaw, 2007).

Manfaat penilaian kinerja dari bawahan yaitu terbentuknya perilaku bawahan yang lebih positif kepada pasien, bawahan mendapatkan pengetahuan. Manfaat lainnya yaitu motivasi bawahan dalam bekerja menjadi lebih meningkat dan komitmen yang lebih besar pada organisasi. Bawahan mendapatkan manfaat ini dengan berinteraksi dengan pemimpin. Penilaian ini juga dapat menjadi umpan balik dan masukan untuk pemimpin (Shaw, 2007).

Seorang kepala ruang rawat harus memberikan pengarahan yang luas dan mendetail kepada bawahannya. Seorang pemimpin yang efektif didorong oleh keinginan dan harapan para bawahan dalam menetapkan tujuan (Gillies, 2000).

Hal ini memerlukan pengetahuan bagi seorang kepala ruang dalam menerapkan kepemimpinan yang efektif (Tappen, 2004). Pengetahuan ini meliputi pengetahuan dalam berinteraksi dengan bawahan untuk mengetahui penilaian kinerjanya (Swanburg, 2000).

2.2 Fungsi Manajemen Keperawatan

Marquis and Houston (2006) menyatakan fungsi kepala ruang sebagai *first line manager* meliputi fungsi manajerial pada fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian. Kepala ruang memiliki peran yang kritis dalam mendukung budaya keselamatan pasien dan kepemimpinan efektif telah menunjukkan arti penting dalam menciptakan lingkungan yang positif bagi keselamatan pasien (Firth-Cozens, 2002 dalam Wagner et al, 2009). Fungsi manajerial kepala ruang meliputi empat fungsi:

2.2.1 Perencanaan

Perencanaan adalah keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan di masa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan dapat juga diartikan sebagai suatu rencana kegiatan tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana kegiatan itu dilaksanakan, di mana kegiatan itu dilakukan. Perencanaan yang matang akan memberi petunjuk dan mempermudah dalam melaksanakan suatu kegiatan dan merupakan pola pikir yang dapat menentukan keberhasilan suatu kegiatan dan titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan selanjutnya. Hirarki dalam perencanaan terdiri dari perumusan visi, misi, filosofi, peraturan, kebijakan, dan prosedur (Marquis & Houston, 2006).

Perencanaan pemimpin keperawatan dalam keselamatan pasien (Yahya, 2006) adalah menyusun "Deklarasi/Pernyataan" awal gerakan keselamatan pasien atau "Pencanangan" tentang tekad untuk memulai aktivitas keselamatan pasien. Isi pernyataan mengandung elemen: pernyataan bahwa keselamatan pasien sangat penting dan menjadi prioritas; komitmen tentang tanggung jawab eksekutif dalam

keselamatan pasien; aplikasikan pengetahuan dan keterampilan yang mutakhir; berlakukan pelaporan yang jujur (*blameless reporting*).

Perencanaan dalam budaya keselamatan pasien oleh seorang pemimpin keperawatan meliputi pengembangan visi ke depan untuk memberikan pedoman kegiatan saat ini dan juga strategi untuk mencapai visi tersebut (Callahan and Ruchlin, 2003). Perencanaan dalam keselamatan pasien diantaranya dengan pelatihan dan pendidikan tentang keselamatan pasien dan perencanaan sumber daya yang ada (SDM dan fasilitas) (IOM, 2004 dalam Thompson et al, 2005).

2.2.2 Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas untuk mencapai tujuan, penugasan suatu kelompok tenaga keperawatan, menentukan cara dari pengkoordinasian aktivitas yang tepat, baik vertikal maupun horizontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai tujuan organisasi (Marquis & Houston, 2006).

Struktur organisasi adalah susunan komponen-komponen dalam suatu organisasi. Pengertian struktur organisasi menunjukkan adanya pembagian kerja dan menunjukkan bagaimana fungsi-fungsi atau kegiatan yang berbeda-beda diintegrasikan atau dikoordinasikan. Struktur organisasi juga menunjukkan spesialisasi pekerjaan. Fungsi pengorganisasian pemimpin keperawatan adalah dengan menunjuk penanggung jawab operasional keselamatan pasien, pada umumnya ditunjuk manajer risiko atau manajer keselamatan pasien (Marquis & Houston, 2006). Struktur organisasi selalu menjadi faktor penting yang mempengaruhi perilaku individu dan kelompok yang ada di organisasi. Struktur organisasi berpedoman pada tujuan yang dimiliki organisasi (Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005).

Fungsi manajemen pada pengorganisasian adalah pengetahuan tentang struktur organisasi, termasuk uraian tugas staf dan departemen. Menyediakan staf alur unit organisasi, jika memungkinkan mempertahankan kesatuan perintah, klarifikasi kesatuan perintah ketika terdapat ketidakjelasan. Pengetahuan tentang struktur

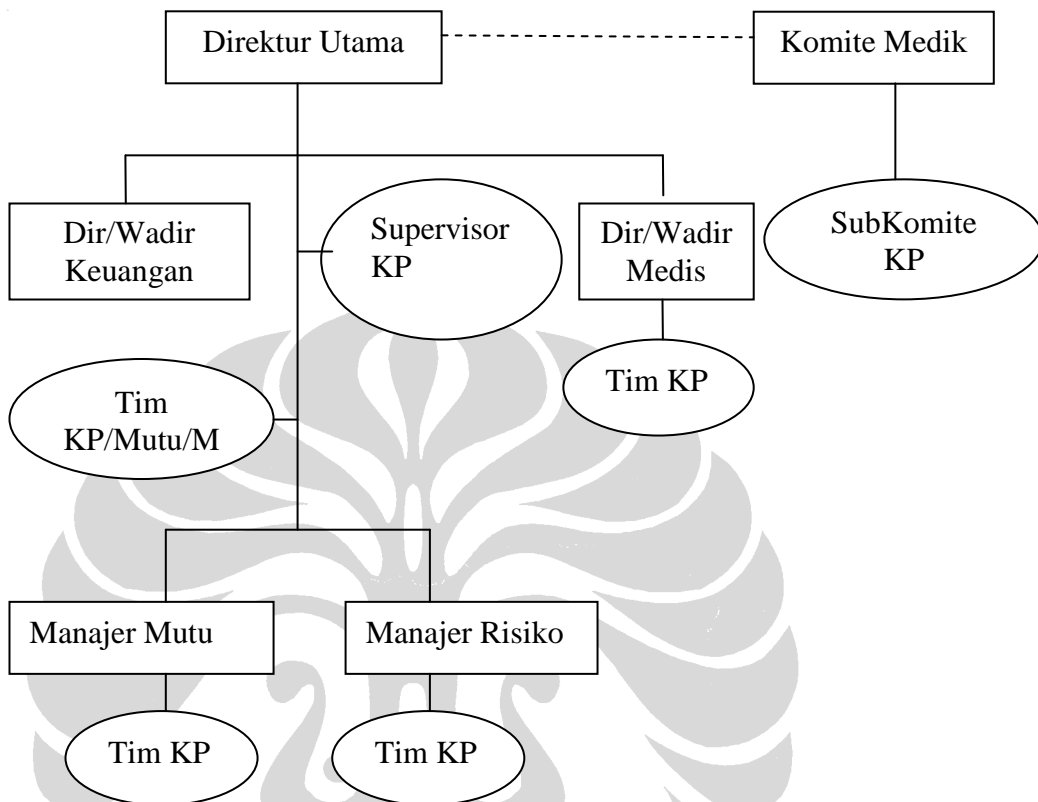
organisasi, menggunakan organisasi informal untuk mencapai tujuan, menggunakan struktur komite untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas dari kinerja (Marquish & Houston, 2000).

Pengorganisasian pada tingkat manajerial berbeda-beda. Manajer tingkat puncak menentukan filosofi organisasi, menyusun kebijakan, menciptakan tujuan dan memprioritaskan dengan mempertimbangkan sumber-sumber yang ada. Manajer puncak memiliki kebutuhan paling besar untuk kemampuan kepemimpinan yang tidak bisa dimiliki hanya dengan kegiatan rutinitas seperti lever manajer di bawahnya. Manajer tengah mengkoordinasikan upaya manajer tingkat bawah pada hierarki, sebagai penengah antara manajer puncak dan manajer bawah, menjalankan kegiatan rutinitas harian, namun masih terlibat dalam membuat perencanaan jangka panjang dan mempertahankan kebijakan. Manajer pertama berfokus pada unit kecil kerja, berhubungan dengan masalah langsung pada pelaksanaan operasional unit kerja. Manajer pertama yang efektif sangat berperan besar dalam organisasi dan memerlukan kemampuan manajemen yang baik, karena mereka bekerja langsung dengan pasien dan tim kesehatan. Manajer pertama juga harus mempunyai kesempatan yang pandai untuk melatih peran kepemimpinannya (Marquish & Houston, 2000).

Pengorganisasian dalam budaya keselamatan pasien yang dilakukan pemimpin adalah menentukan orang-orang yang terlibat dalam kegiatan ini (Callahan & Ruchlin, 2003). Pengorganisasian dalam keselamatan pasien adalah dengan tim keselamatan pasien di rumah sakit (Yahya, 2006). Alternatif kedudukan tim keselamatan pasien di rumah sakit adalah (1) Direktur Utama membawahi Tim Keselamatan Pasien, Mutu Pelayanan, dan Manajemen Risiko; (2) Direktur Utama membawahi Tim Keselamatan Pasien, Mutu Pelayanan, sedangkan Manajemen Risiko terpisah; (3) Direktur Utama membawahi Tim Keselamatan Pasien, Manajemen Risiko, sedangkan Mutu Pelayanan terpisah; (4) Direktur Utama/Direktur Medis membawahi Tim Keselamatan Pasien; (5) Komite Medis membawahi Sub Komite Keselamatan Pasien; (6) Supervisor/Penyelia

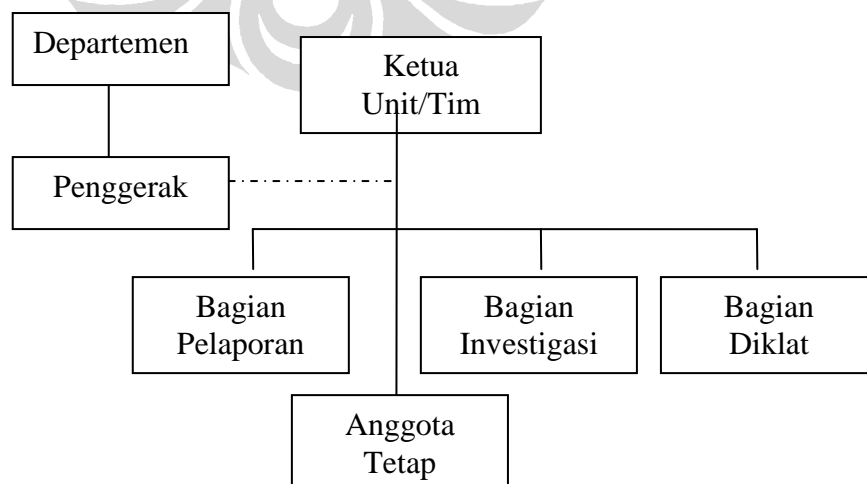
Keselamatan Pasien. Skema alternatif pengorganisasian tim keselamatan pasien di unit rumah sakit dapat dilihat pada skema 2.1 dan 2.2.

Skema 2.1 Alternatif Pertama Struktur Organisasi Tim keselamatan Pasien



Sumber: Yahya, 2006

Skema 2.2 Alternatif Kedua Struktur Organisasi Tim keselamatan Pasien



Sumber: Yahya, 2006

2.2.3 Pengarahan

Pengarahan yaitu penerapan perencanaan dalam bentuk tindakan dalam rangka mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Istilah lain yang digunakan sebagai padanan pengarahan adalah pengkoordinasian, pengaktifan, dan pada akhirnya akan bermuara pada melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan sebelumnya (Marquis & Houston, 2006).

Pengarahan menguraikan pekerjaan dalam tugas-tugas yang mampu dikelola, jika perlu dilakukan pendelegasian. Seorang manajer harus memaksimalkan pelaksanaan pekerjaan oleh staf melalui upaya-upaya menciptakan iklim motivasi; mengelola waktu secara efisien; mendemonstrasikan keterampilan komunikasi yang terbaik; mengelola konflik dan memfasilitasi kolaborasi; melaksanakan sistem pendelegasian dan supervisi; serta negosiasi (Marquis & Houston, 2006).

Pengarahan dalam budaya keselamatan pasien meliputi komunikasi, pemberian inspirasi, melakukan supervisi. Komunikasi merupakan bagian penting dalam keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien (Callahan & Ruchlin, 2003). Fungsi pengarahan manajer dalam pelaksanaan keselamatan pasien adalah dengan ronde keselamatan pasien yang terdiri dari perawat senior dan 1-2 perawat ruangan, dilakukan supervisi setiap minggu pada area yang berbeda di rumah sakit dan berfokus hanya pada masalah keselamatan (Yahya, 2006).

Manfaat dari ronde keselamatan pasien adalah: meningkatkan kepedulian akan masalah-masalah keselamatan pasien; memperlihatkan bahwa keselamatan menjadi prioritas utama bagi manajer senior; membantu membangun budaya adil dan terbuka dengan mendorong staf membicarakan insiden dengan terbuka. Ronde keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk mengumpulkan informasi dan pendapat dari staf agar pelayanan pasien lebih aman, selain itu juga sebagai cara berbagi informasi yang diperoleh dari berbagai unit di rumah sakit (Yahya, 2006).

Bentuk lain dari fungsi pengarahan pimpinan adalah dengan melakukan *briefing tim*. Yahya (2006) menyatakan bahwa *briefing tim* adalah cara sederhana bagi staf untuk berbagi informasi tentang isu-isu keselamatan pasien yang potensial dapat terjadi dalam kegiatan sehari-hari. *Briefing tim* sangat ideal untuk departemen yang bekerja secara tim, pergantian atau kegiatan tertentu (misalnya tindakan operasi, rawat inap/rawat jalan, ambulan).

Briefing tim seharusnya membicarakan topik yang dibicarakan jelas, misalnya keselamatan pasien; terbuka dan adil, tiap-tiap orang dihargai dan memiliki kesempatan berbicara; singkat, paling lama 15 menit setiap pergantian *shift* atau tindakan operasi; difasilitasi dengan baik, perlu pelatihan sebagai fasilitator; diimbangi dengan kegiatan *debriefing* pada akhir kerja/pergantian *shift*. Pemimpin bertanggung jawab menciptakan suasana kerja yang kondusif untuk bisa berbagi isu tentang keselamatan pasien dalam suatu lingkungan yang terbuka dan perlakuan yang adil.

2.2.4 Pengendalian

Pengendalian manajemen adalah proses untuk memastikan bahwa aktivitas sebenarnya sesuai dengan aktivitas yang direncanakan dan berfungsi untuk menjamin kualitas serta pengevaluasian penampilan kinerja (Callahan & Ruchlin, 2003). Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pengendalian/pengontrolan meliputi menetapkan standar dan menetapkan metode mengukur prestasi kerja; melakukan pengukuran prestasi kerja; menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar; mengambil tindakan korektif. Peralatan atau instrumen dipilih untuk mengumpulkan bukti dan untuk menunjukkan standar yang telah ditetapkan atau tersedia. Audit merupakan penilaian pekerjaan yang telah dilakukan (Marquis & Houston, 2006).

Terdapat tiga kategori audit keperawatan yaitu: audit struktur berfokus pada sumber daya manusia; lingkungan perawatan, termasuk fasilitas fisik, peralatan, organisasi, kebijakan, prosedur, standar, SOP dan rekam medik; pelanggan (internal maupun eksternal). Audit proses merupakan pengukuran pelaksanaan

pelayanan keperawatan untuk menentukan apakah standar keperawatan tercapai. Audit hasil adalah audit produk kerja yang dapat berupa kondisi pasien, kondisi SDM, atau indikator mutu (Marquis & Houston, 2006). Pengendalian dalam budaya keselamatan pasien adalah dengan memberikan umpan balik kepada staf, audit pelaporan terhadap kejadian kesalahan, pengambilan tindakan korektif/perbaikan baik sebelum atau sesudah terjadi kesalahan (Callahan & Ruchlin, 2003).

2.3 Budaya Organisasi

2.3.1 Budaya

2.3.1.1 Pengertian Budaya

Budaya merupakan suatu kerangka yang kompleks baik secara nasional, organisasi, dan sikap profesional dan nilai-nilai di dalam fungsi individu dan kelompok (Robbins, 2001). Budaya sering dikenal sebagai pengikat yang menjaga kesatuan suatu organisasi bersama-sama, dan diasumsikan sebagai penyokong dalam mencapai tujuan organisasi. Sosialisasi budaya ke karyawan dengan cara meningkatkan kesanggupan untuk kesetiaan yang berwujud filosofi dari para pemimpin senior, yang diterjemahkan ke dalam visi, misi organisasi, dan mempengaruhi perilaku karyawan (Walshe & Boaden, 2006).

2.3.2.2 Lapisan Budaya

Budaya memiliki tiga lapisan (dari lapisan terluar):

a *Artefact*

Artefact adalah tingkatan budaya yang diekspresikan dengan ciri yang dapat diobservasi (Fleming, 2006 & Kreitner, 2007). Contoh tidak memakai sarung tangan saat tindakan perawatan luka, sampah medis berserakan di lantai.

b *Expoused value*

Expoused value adalah budaya yang ditemukan pada nilai dan norma yang dituangkan secara eksplisit oleh suatu organisasi. Pengkomunikasian eksplisit *expoused value* kepada karyawan, maka diharapkan nilai ini mempengaruhi perilaku karyawan (Kreitner, 2007). Contoh visi misi organisasi yang memuat pernyataan ideal tentang keselamatan pasien.

c *Basic assumption*

Tingkatan budaya yang terdapat nilai, norma dalam organisasi yang tidak dapat diobservasi, tumbuh dalam waktu yang lama dan menjadi dasar acuan seseorang dalam berperilaku (Kreitner, 2007). *Basic assumption* merupakan tingkatan budaya yang sudah menjadi komitmen bersama oleh semua karyawan sehingga terbentuk budaya kerja karyawan yang positif.

2.3.2 Budaya Organisasi

Budaya organisasi merupakan nilai tak tertulis yang memberikan pedoman, aturan, standar dalam berperilaku baik yang diterima atau tidak oleh setiap pegawai dalam organisasi. Budaya organisasi adalah sistem nilai, keyakinan, norma yang diyakini dalam organisasi. Budaya organisasi dapat mendorong atau melemahkan keefektifan organisasi (Ivancevich, Konopaske, & Matteson, (2005). Setiap organisasi mempunyai sub budaya yang diambil dengan memodifikasi atau menambah sesuai dengan karakteristik organisasinya (Robbins, 2001). Budaya organisasi membuat visi menjadi jelas. Budaya dipelajari dan individu tahu akan risikonya (Kramer, Schmalenberg & Maguire, 2004 dalam Wise & Kowalski, 2006).

Budaya organisasi berunsurkan nilai-nilai keyakinan yang dipercayai bersama (*shared a vision*) dan berfungsi sebagai perekat organisasi. Budaya organisasi juga dijadikan sebagai dasar dalam membentuk perilaku setiap individu dalam organisasi dalam rangka mencapai visi organisasi. Nilai-nilai dasar seperti kedisiplinan, ketaatan terhadap standar, prosedur yang ada, bekerja dalam tim, dan nilai-nilai kejujuran dan keterbukaan serta rasa saling menghormati dan menghargai satu sama lain dijunjung tinggi oleh setiap individu (Cahyono, 2008). Schein dalam Fleming (2008) menyatakan budaya organisasi dibentuk yang dipengaruhi pemimpin dan sistem yang membentuk perilaku yang meliputi sistem pemberian penghargaan dan sanksi, *role model* pemimpin, kriteria dalam rekrutmen, seleksi pegawai, struktur organisasi, sistem dan prosedur organisasi.

Budaya organisasi juga bisa diartikan iklim organisasi. Iklim organisasi menunjuk pada atmosfer dalam sikap dan berpersepsi pada perasaan individual tentang tempat bekerja, yang dikaitkan dengan kepuasan individu dan motivasi tim. Iklim ini juga dapat mempengaruhi nilai, keterampilan, tindakan, dan pemimpin atau manajer organisasi. Iklim yang aman merupakan tipe dari budaya organisasi dan sebagai hasil sinergi yang efektif antara faktor struktur, proses, sikap, persepsi, dan perilaku staf tentang keselamatan (Hughes, 2008).

Terdapat tiga tipe budaya organisasi, pertama adalah budaya positif yang disebut juga budaya konstruktif. Budaya konstruktif memberikan ruang kepada para karyawan untuk nyaman dan bersemangat untuk saling berinteraksi. Budaya konstruktif berdasarkan aktualisasi diri, pencapaian target, pemberian semangat pada kemanusiaan, dan berdasarkan norma. Budaya konstruktif merupakan salah satu karakteristik dari organisasi yang sehat dan pemimpin bertanggung jawab menciptakan hal ini. Budaya kedua adalah budaya pasif-agresif dan agresif-defensif. Karyawan berinteraksi menjaga dengan cara reaktif. Kedua budaya ini berdasarkan pada persetujuan, konvensional, tergantung, menghindari norma dan pesaing, kekuatan, persaingan (Marquish & Houston, 2000).

Karyawan mempersepsikan iklim yang aman dengan mendahulukan antara lingkungan kerja dalam unit dan lingkungan kerja organisasi yang dipengaruhi oleh pengambilan keputusan manajemen, aturan aman, dan pengharapan, kebijakan keselamatan, prosedur dalam organisasi. Budaya organisasi yang merahasiakan, sikap yang mengancam, maka akan mengancam budaya keselamatan pasien dan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan. Merubah budaya organisasi seharusnya dimulai dengan mengkaji budaya yang ada, diikuti dengan mengkaji hubungan antara budaya organisasi dan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan dalam organisasi (Hughes, 2008).

2.3.3 Budaya Keselamatan Pasien

2.3.3.1 Pengertian Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan nilai, kepercayaan, yang dianut bersama dan berkaitan dengan struktur organisasi, dan sistem pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma-norma perilaku (Ferguson & Fakelman, 2005). Budaya keselamatan menurut Sorra and Nieva (2004) adalah suatu keluaran dari nilai individu dan kelompok, perilaku, kompetensi, dan pola serta kebiasaan yang mencerminkan komitmen dan gaya dan kecakapan dari manajemen organisasi dan keselamatan kesehatan. Menurut O Toole yang dikutip Jianhong (2004) budaya keselamatan di pelayanan kesehatan diartikan sebagai keyakinan, nilai perilaku yang dikaitkan dengan keselamatan pasien yang secara tidak sadar dianut bersama oleh anggota organisasi.

WHO (2009) menyatakan organisasi pelayanan kesehatan harus mengembangkan budaya keselamatan pasien seperti tujuan yang jelas, prosedur yang tetap, dan proses yang aman. Parker et al (2006) dalam Fleming (2008) mengatakan budaya keselamatan dipengaruhi oleh perubahan keorganisasian, seperti perubahan kepemimpinan atau pengenalan tentang sistem baru. Budaya keselamatan dipengaruhi oleh sistem, praktek dan proses organisasi. Sebagai contoh, suatu organisasi dengan suatu budaya keselamatan lemah akan membatasi sistem keselamatan. Suatu organisasi yang memiliki budaya positif, maka mempunyai banyak orang yang tepat untuk mempromosikan keselamatan pasien.

Argumentasi ini menyatakan bahwa haruslah mungkin untuk menilai tingkat proses dan sistem yang mempromosikan suatu hal positif budaya keselamatan dengan mengevaluasi praktek organisasi yang mempengaruhi budaya tersebut. Pernyataan ini didukung oleh Zohar (2000) dan Parker et al. (2006), yang menyatakan budaya keselamatan terdiri dari aspek nyata dan abstrak. Aspek nyata budaya keselamatan akan tampak dan terukur. Oleh karena itu digunakan untuk mengembangkan kegiatan organisasi yang mendukung suatu hal positif budaya keselamatan.

2.3.3.2 Arti Penting Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, karena apabila kita lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan hasil keselamatan yang lebih apabila dibandingkan hanya menfokuskan pada programnya saja (Fleming, 2006). Walshe and Boaden (2006) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus.

2.3.3.3 Budaya Keselamatan Positif dan Negatif

Budaya keselamatan pasien paling tidak mengandung unsur kepemimpinan dan komitmen tinggi akan keselamatan pasien, keyakinan bahwa suatu KTD sebenarnya dapat diantisipasi, melaporkan secara rutin dan membahas KTD secara terbuka. Budaya keselamatan positif lainnya yaitu, kesadaran untuk bekerja secara tim, melakukan analisis secara sistemik apabila terjadi KTD, mendukung staf terkait dengan KTD, menjalin komunikasi dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan serta melakukan penilaian risiko sebagai langkah preventif terjadinya KTD (Reis, 2006).

Budaya keselamatan positif menurut Pronovost et al (2003) adalah karakteristik budaya keselamatan pasien yang proaktif, meliputi komitmen dari pimpinan untuk mendiskusikan dan belajar dari kesalahan, mendorong dan mempraktekkan kerja sama tim, membuat sistem pelaporan kejadian (KTD, KNC, sentinel) serta memberikan penghargaan bagi staf yang menjalankan program keselamatan pasien dengan baik. Walshe and Boaden (2006) juga berpendapat budaya keselamatan pasien positif meliputi komunikasi yang didasarkan pada kepercayaan dan terbuka, proses dan alur informasi yang baik, persepsi bersama tentang arti penting keselamatan pasien, perhatian pada pengenalan pada pentingnya kesalahan. Budaya keselamatan lainnya menurut Walshe and Boaden (2006) yaitu, adanya alat ukur yang meyakinkan tentang keselamatan pasien,

identifikasi proaktif terhadap ancaman laten keselamatan pasien, pembelajaran organisasi, komitmen pemimpin dan para eksekutif, serta pendekatan tidak menyalahkan terhadap pelaporan kejadian.

Budaya keselamatan pasien negatif meliputi tingkatan karier yang curam antara staf medis dengan staf lain, hubungan tim kerja yang renggang, dan keengganan mengakui kesalahan. Gibson (2006) menyatakan budaya keselamatan pasien positif akan meningkatkan produktivitas, sedangkan budaya keselamatan pasien negatif akan merusak keefektifan dari suatu tim dan menimbulkan efek dari desain organisasi yang baik.

2.3.3.4 Pembagian Budaya Keselamatan Pasien

Pembagian budaya keselamatan pasien yang lain oleh Reiling (2006) adalah:

a *Informed Culture*

Keselamatan pasien sudah diinformasikan kesemua karyawan, arti penting dari ke pasien, ada upaya dari rumah sakit dalam menciptakan keselamatan pasien, adanya kebijakan yang menjadi draf/rencana strategis tentang keselamatan pasien oleh tatanan manajerial, adanya pelatihan, pengembangan berupa jurnal berdasarkan *evidence based*, informasi tentang kendala dan hambatan dalam menciptakan keselamatan pasien.

b *Reporting Culture*

Adanya program evaluasi/sistem pelaporan, adanya upaya dalam peningkatan laporan, hambatan dan kendala dalam pelaporan, adanya mekanisme penghargaan dan sanksi yang jelas terhadap pelaporan.

c *Just Culture*

Staf di rumah sakit terbuka dan memiliki motivasi untuk memberikan informasi terhadap hal yang bisa atau tidak bisa diterima, adanya ketakutan apabila staf melaporkan kejadian kesalahan, kerja sama antar sesama staf.

d *Learning Culture*

Adanya sistem umpan balik terhadap kejadian kesalahan dan pelaporannya, adanya pelatihan di rumah sakit yang menunjang peningkatan SDM.

2.3.3.5 Survey Budaya Keselamatan Pasien

Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) sejak 2000-2003, suatu komite untuk kualitas kesehatan di Amerika yang mendanai 100 penelitian untuk mengidentifikasi instrumen yang dijadikan alat untuk menilai budaya keselamatan pasien (AHRQ, 2004). Survey dengan 40 pertanyaan tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat di rumah sakit Amerika Serikat dan Kanada.

a Kerja Sama di Rumah Sakit

Tim kerja dapat diartikan sebagai *teamwork* (Ilyas, 2003). Tim kerja merupakan sekumpulan individu dengan keahlian yang spesifik yang bekerja sama dan saling berinteraksi untuk mencapai tujuan yang sama yang membutuhkan komitmen bersama, saling percaya dan saling menghormati. Tim adalah sekelompok orang yang bekerja sama dan menghasilkan hasil yang bermakna dalam mengkombinasikan keahlian dan kemampuan masing-masing individu yang menjadi tanggung jawabnya.

Karakteristik dalam tim adalah tanggung jawab bersama untuk pencapaian tujuan, interaksi diantara anggota untuk mencapai tujuan, peran masing-masing anggota yang berbeda satu sama lain, dan identitas tim. Perawat dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya seperti dokter dan apoteker dalam keakuratan pemberian obat kepada pasien (ICN, 2002).

Pembelajaran dengan orang lain dalam tim menjadi sumber yang berpengaruh dalam penghargaan pembelajaran sendiri individu tentang isu keselamatan pasien. Setiap disiplin ilmu yang berbeda akan memperhatikan keselamatan pasien berdasarkan prioritas masing-masing. Tim bedah dan kamar operasi menjadikan aspek teknis sebagai prioritas utama dalam keselamatan pasien, apoteker dengan isu tentang keselamatan obat, perawat pada tindakan/terapi dan penggunaan tim pendukung yang efektif untuk membentuk jaringan keselamatan pasien, sedangkan dokter memiliki kewenangan yang lebih luas (Walshe & Boaden, 2006).

Walshe and Boaden (2006) juga melakukan penelitian meta analisis yang mengidentifikasi pengaruh kerja tim dengan penampilan kinerja individu yang menyatakan bahwa kerja tim menghasilkan penampilan kinerja individu yang lebih baik pada komunikasi, tugas, dan matematis. Manfaat kerja tim adalah penghargaan diri, kesejahteraan psikologis, dan dukungan sosial. *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* melakukan survey rumah sakit di Amerika tentang pelaksanaan budaya keselamatan pasien pada kerja sama sebesar 57% (Nadzam, 2009).

b Komunikasi Terbuka

Perawat berperan dalam meningkatkan komunikasi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya (ICN, 2002). Komunikasi adalah proses tukar-menukar pikiran, perasaan, pendapat dan saran yang terjadi antara dua manusia atau lebih yang bekerja bersama. Komunikasi yang kurang baik dapat mengganggu kelancaran organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. Perawat berperan dalam siklus komunikasi dalam keselamatan pasien. *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* melakukan survey rumah sakit di Amerika tentang pelaksanaan budaya keselamatan pasien pada komunikasi terbuka sebesar 62% (Nadzam, 2009).

Bentuk komunikasi dalam keselamatan pasien yang dilakukan perawat antara lain briefing, dan ronde keselamatan pasien. *Briefing* merupakan cara sederhana bagi staf untuk berbagi informasi tentang isu-isu keselamatan pasien yang potensial dapat terjadi dalam kegiatan sehari-hari, ronde keselamatan pasien. Ronde keselamatan pasien yang terdiri dari perawat senior dan 1-2 perawat ruangan, dilakukan supervisi setiap minggu pada area yang berbeda di rumah sakit dan berfokus hanya pada masalah keselamatan. Selain itu terdapat teknik *Situation Background Assessment Recommendation (SBAR)* dan *Situation Task Intent Concern Calibrate (STICC)* (Yahya, 2006 & Nazdam, 2009).

Survey tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah sakit di Amerika Serikat dan Kanada, didapatkan hasil 94% perawat menyatakan diskusi dengan teman membantu mencegah terjadinya kesalahan. Diskusi ini sebagai media pembelajaran tentang kesalahan. Perawat juga menjadi tidak nyaman untuk berdiskusi pada budaya menyalahkan orang lain. Perawat berpikir dengan mengetahui informasi keselamatan pasien maka akan mempengaruhi tindakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sebesar 85%. Lebih dari separuh perawat menyatakan ikut terlibat dalam ronde interdisiplin keilmuan yang teratur (Manno, Hogan, Heberlein, Josephine, Mee, 2008).

Perawat menyatakan rumah sakit sudah memiliki komite keselamatan pasien yang memberikan informasi tentang keselamatan pasien sebesar 85%. Perawat menyatakan belajar dari pertemuan staf tentang keselamatan pasien sebesar 82%. Perawat menyatakan staf perawat memberikan motivasi untuk mendiskusikan isu keselamatan pasien yang dapat mengancam perawatan pasien sebesar 75%, diskusi isu budaya keselamatan yang lain dan promosi budaya tidak menyalahkan. Perawat menyatakan rumah sakit mempromosikan budaya keselamatan pasien sebesar 77% (Manno, Hogan, Heberlein, Josephine, Mee, 2008).

c Respon Tidak Menghukum ketika Terjadi Kesalahan

Walshe and Boaden (2006) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara tunggal, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus. Yahya (2006) berpendapat tenaga profesional adalah perfeksionis sehingga apabila terjadi kesalahan, maka akan mengakibatkan permasalahan psikologis sehingga akan berdampak pada penurunan kinerja, karenanya pertanyaan individual perlu dihindari, dan fokus pada apa yang terjadi, bukan siapa yang melakukan, hambatan dalam melakukan kerja yang baik, serta kejadian apalagi yang mungkin bisa timbul. Survey tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah

sakit di Amerika Serikat dan Kanada, perawat beranggapan rumah sakit mempromosikan keselamatan pasien dan budaya tidak menyalahkan sebesar 74% (Manno, Hogan, Heberlein, Josephine & Mee, 2008..

d Pelaporan Kejadian

Pelaporan kejadian merupakan suatu sistem yang penting dalam membantu mengidentifikasi masalah keselamatan pasien dan dalam menyediakan data pada organisasi dan sistem pembelajaran (Walshe & Boaden, 2006). Perawat berperan dalam melaporkan kejadian kesalahan (ICN, 2002).

Beberapa hambatan dalam sistem pelaporan kejadian diantaranya takut akan hukuman, fokus pada hukuman, fokus pada ketidakjelasan identitas, ergonomi bentuk dari pelaporan kejadian, kebingungan dari hukum dari kejadian tidak diharapkan/kejadian nyaris cidera, sentinel, pengaruh yang tidak signifikan dalam peningkatan kualitas pelayanan, kekurangan dukungan dari profesi, kurang umpan balik (Josh et al, 2000; Uribe et al, 2002, & Kingstone et al, 2004 dalam Walshe & Boaden, 2006).

NPSA (2009) menyatakan lima langkah menuju sistem pelaporan kejadian, antara lain berikan umpan balik pada staf saat mereka memberikan pelaporan kejadian, berfokus pada pembelajaran tentang kejadian dengan akar masalah, pelatihan tentang pelaporan kejadian, dan lomba pelaporan internal. Lima langkah berikutnya yaitu membuat alat yang mudah untuk mencatat laporan kejadian dapat dilakukan, membudayakan pelaporan menjadi sebagai upaya untuk peningkatan mutu, serta budaya bukan mencari kesalahan individu.

Survey tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah sakit di Amerika Serikat dan Kanada, didapatkan hasil 89% perawat merasa nyaman ketika melaporkan KTD. Perawat beranggapan rumah sakit mempromosikan keselamatan pasien dan pelaporan yang salah akan di anggap objektif dan bisa dipahami sebesar 74%. dan tidak menyalahkan. Perawat

memberikan laporan kepada *nurse manager*/supervisor sebesar 87% (Manno, Hogan, Heberlein, Josephine & Mee, 2008).

2.3.3.6 Manfaat Penilaian Budaya Keselamatan Pasien

Sejumlah alat yang berbeda digunakan untuk mengukur konsep budaya organisasi (Scott et al, 2003), dan belum ada dari instrumen ini menjadi sumber referensi yang jelas untuk mengukur budaya keselamatan pasien. Beberapa tahun sekarang sudah ada instrumen yang dapat digunakan sebagai alat ukur budaya keselamatan pasien dalam organisasi pelayanan kesehatan.

Evaluasi keselamatan pasien dapat dengan kuantitatif dan kualitatif. Kuantitatif dengan menyebarkan instrumen, yaitu *The Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) yang didanai oleh *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *the Safety Climate Survey* (SCS), dan *Manchester Patient Survey Assesment Framework* (MaPSaF) (Walshe & Boaden, 2006). Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien Flemming (2008) dalam Cahyono (2008) dapat dilihat pada tabel 2.1. Perbandingan masing-masing dimensi budaya keselamatan pasien pada masing-masing instrumen dapat dilihat pada tabel 2. 2.

Penelitian kualitatif dapat menggunakan metode etnografi untuk mendapatkan data yang dalam, holistik, kontekstual, penggalian secara induktif, interpretasi dari makna, tindakan, proses dalam konteks budaya (Walshe & Boaden, 2006). Nieva (2003) menyatakan manfaat penilaian budaya keselamatan pasien, antara lain: meningkatkan kepedulian terhadap keselamatan pasien; evaluasi program dan melihat perubahan budaya keselamatan pasien secara periodik; melakukan jaringan kerja sama pihak terkait baik internal maupun eksternal; pemenuhan standar dari peraturan yang berlaku.

Tabel 2. 1. Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

No	Tingkat Maturitas	Pendekatan dalam Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien
1	Patologis	Belum memiliki sistem yang mendukung budaya keselamatan pasien, lingkungan kerja masih bersifat menyalahkan.
2	Reaktif	Sistem bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya sekedar menjawab akreditasi organisasi dan reaktif terhadap cedera medis yang terjadi
3	Kalkulatif	Sistem tertata baik, namun implementasinya masih bersifat segmental
4	Proaktif	Sistem bersifat komprehensif, berskala luas, dan melibatkan <i>stakeholder</i> , pendekatan yang berbasis pada bukti (<i>evidence based</i>) sudah diterapkan dalam kegiatan organisasi.
5	Generatif	Budaya keselamatan pasien menjadi misi sentral dalam organisasi, organisasi selalu mengevaluasi efektivitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan dan kesuksesan.

Sumber: Flemming , 2008 dalam Cahyono, 2008

Tabel 2. 2. Perbandingan Masing-Masing Dimensi Budaya Keselamatan Pasien pada Masing-Masing Instrumen

No	Komponen Keselamatan Pasien	Alat		
		HSPCS	SCS	MaPsaF
1	Komunikasi	✓	✓	✓
2	Keselamatan pasien sebagai prioritas	✓	✓	✓
3	Persepsi tentang penyebab kejadian kesalahan	✓	✓	✓
4	Manajemen individu	✓	-	✓
5	Kepemimpinan	✓	✓	✓
6	Pelatihan dan pendidikan	-	-	✓
7	Pembelajaran dari kejadian	-	✓	✓
8	Lingkungan kerja fisik	✓	-	-
9	Tim kerja	✓	-	✓
10	Identifikasi penyebab kejadian kesalahan	-	-	✓
11	Pelaporan insiden	✓	✓	✓
12	Proses pemberian informasi	✓	-	✓
13	Keterlibatan pasien	-	-	✓
14	Kesalahan manajemen	✓	✓	✓

Sumber: Walse and Boaden, 2006

2.4 Keselamatan Pasien

2.4.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi pengkajian risiko, identifikasi

dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insidensi dan pencegahan penyakit infeksi, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Depkes RI, 2006).

Definisi lain tentang keselamatan pasien disampaikan oleh KKP-RS (2008), menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan kondisi pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera potensial yang akan terjadi terkait dengan pemberian pelayanan kesehatan. *Canadian Nurse Association* (2004) juga memberikan kontribusi dalam definisi keselamatan pasien, yaitu suatu penurunan tindakan yang tidak aman kepada pasien dan pemberian tindakan terbaik untuk mendapatkan derajat kesehatan pasien yang optimal dalam sistem pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien sebagai suatu sistem (input, proses dan output) pemberian pelayanan kesehatan yang aman kepada pasien dan pasien terbebas total dari cedera baik fisik, psikologis, maupun sosial.

2.4.2 Macam Kejadian dalam Keselamatan Pasien

Macam kejadian dalam keselamatan pasien meliputi tiga istilah. Istilah tersebut yaitu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC/*near miss*), kejadian sentinel. Penjelasan ketiga istilah di atas sebagai berikut:

2.4.2.1 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*adverse event*

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*adverse event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan karena kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang tidak dapat dicegah (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008).

2.4.2.2 Kejadian Nyaris Cidera (KNC)/*near miss*

Kejadian Nyaris Cidera (KNC)/*near miss* adalah suatu kejadian yang tidak menyebabkan cidera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). Hal ini dapat terjadi karena "keberuntungan" (misalnya pasien mendapatkan suatu obat kontraindikasi, tetapi tidak timbul reaksi obat); karena "pencegahan" (suatu obat dengan kelebihan dosis yang dapat mengakibatkan kematian akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan); atau "peringanan" (suatu obat dengan kelebihan dosis yang dapat mengakibatkan kematian diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan obat penetralnya (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008)

2.4.2.3 Kejadian Sentinel

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cidera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian yang salah. Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cidera yang terjadi, sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008). Proses kejadian tidak diharapkan di rumah sakit dapat dilihat pada skema 2.3.

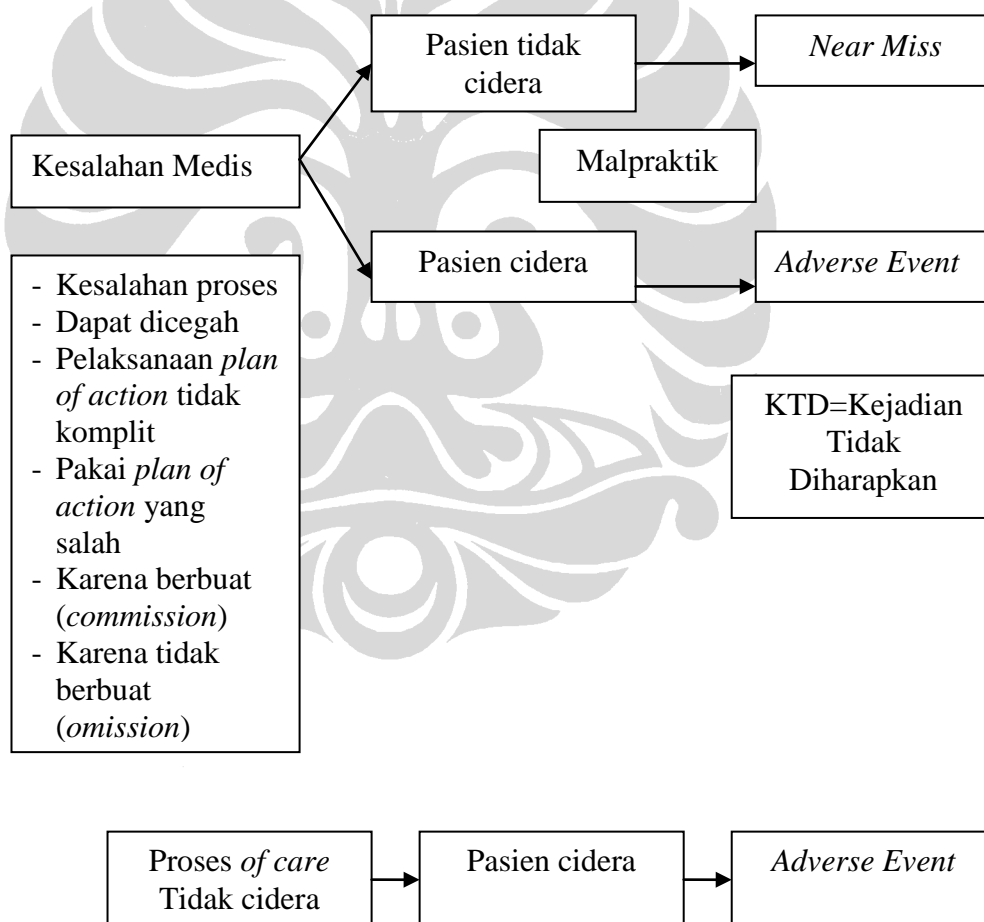
2.4.3 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit menurut Depkes RI (2008) meliputi 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 kejadian tidak diharapkan. Tujuan lain yang disampaikan oleh Kohn et al (2001) dalam *Institute of Medicine* (IOM) pada 2008 (Khushf, Raymond, & Beaman, 2008). Tujuan keselamatan pasien ini diantaranya pasien aman (terhindar dari cidera iatrogenik), pelayanan menjadi lebih efektif dengan adanya bukti yang kuat terhadap terapi yang perlu atau tidak perlu diberikan ke pasien, berfokus pada nilai dan kebutuhan pasien, pengurangan

waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan dan efisien dalam penggunaan sumber-sumber yang ada.

Tujuan keselamatan pasien antara lain terciptanya budaya keselamatan pasien, menurunnya kejadian yang tidak aman bagi pasien (menurunnya KTD, KNC, sentinel), memberikan kepuasan bagi pasien maupun pihak internal rumah sakit sendiri, dan mutu pelayanan kesehatan menjadi lebih baik. Tujuan keselamatan pasien sebagai arah dalam mencapai visi ke depan yaitu terciptanya penerapan keselamatan pasien

Skema 2. 3. Proses Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit



Sumber: Yahya (2006)

2.4.4 Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien telah disusun oleh WHO *Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* dengan *Joint Commission International* pada awal Mei 2007. WHO *Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* dengan *Joint Commission International* telah meluncurkan suatu agenda mengenai keselamatan pasien yang dinamakan *Nine Patient Safety Solutions-Preamble May 2007* (WHO, 2007). *Joint Accreditation Commission Health Organization* (JACHO) juga telah membuat standar keselamatan pasien 2010 yang dinamakan *National Patient Safety Goal*.

Standar keselamatan pasien menurut JACHO meliputi identifikasi pasien, peningkatan komunikasi, keamanan pemberian pengobatan, penurunan infeksi nosokomial, ketepatan terapi, pencegahan luka tekan, dan pengkajian risiko. Indonesia melalui Depkes pada 2008 juga telah menyusun standar pencanangan keselamatan pasien rumah sakit yang mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO) Illinois, Unites State Amerika (USA)* pada 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakitannya di Indonesia. Standar keselamatan pasien yang penulis uraikan adalah sebagai berikut:

a Identifikasi Pasien

Joint Commission Accreditation of Health Organization (JCAHO) pada 2010 telah membuat standar pertama keselamatan pasien, yaitu identifikasi pasien. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini; standarisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan; dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini; serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama (WHO, 2007).

International Council of Nurses (ICN) pada 2002 memberikan pernyataan tentang tanggung jawab perawat dalam keselamatan pasien, diantaranya pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang pencegahan infeksi.

Pasien dan keluarga juga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Depkes RI, 2008).

b Peningkatan Komunikasi

Joint Commission Accreditation of Health Organization (JCAHO) pada 2010 telah membuat standar kedua keselamatan pasien, yaitu peningkatan komunikasi. Berkomunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien (WHO, 2007). Rekomendasi ini ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima, dan melibatkan pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

Komunikasi mempunyai arti penting dalam keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antara tenaga kesehatan dan antara unit pelayanan. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Komunikas sebagai sarana mendidik pasien dan keluarga. Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal dan transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat (Depkes, 2008).

c Ketepatan Pengobatan

Ketepatan pengobatan sebagai upaya pemberian obat yang aman bagi pasien dan sebagai standar ketiga dalam keselamatan pasien (JACHO, 2010). WHO menambahkan standar ketepatan pengobatan, yaitu dengan memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*); mengendalikan cairan elektrolit pekat pada 2007. Hal ini dilakukan dengan membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah serta pencegahan

atas campur aduk/kebingungan tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik yang dapat ditempel di papan informasi di ruang jaga perawat, sehingga dapat dilihat dengan jelas oleh petugas.

Jenis tindakan lain dari upaya ketepatan pengobatan yaitu dengan dengan memastikan akurasi pemberian obat pada pelayanan yang berkelanjutan. Hal ini dilakukan dengan menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien yang juga disebut sebagai *home medication list*, sebagai perbandingan dengan daftar saat pendaftaran di rumah sakit, penyerahan obat pada saat pemulangan serta menuliskan perintah medikasi dan mengkomunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikutnya saat pasien akan dipindah atau dilepaskan (WHO, 2007).

Menggunakan alat injeksi sekali pakai juga perlu menjadi standar yang perlu diperhatikan. Standar ini dilakukan dengan melarang jarum suntik yang dipakai ulang di fasilitas layanan kesehatan; pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah; dan praktek jarum sekali pakai yang aman (WHO, 2007).

d Ketepatan Tindakan Terapi

Ketepatan tindakan terapi merupakan standar keempat dalam keselamatan pasien (JACHO, 2010). WHO pada 2007 menambahkan macam tindakan dalam upaya ketepatan tindakan yaitu memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar. Tujuan ketepatan tindakan terapi adalah untuk mencegah jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi pra-pembedahan. Pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur juga perlu diperhatikan. Konsolidasi sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur, dan sisi yang akan dibedah.

Menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*). Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara lebih rinci jika sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya selang yang benar), dan apabila menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan dan selang yang benar) (WHO, 2007).

e Pembentukan Sistem

Pembentukan sistem akan tidak lepas dari peran pemimpin untuk mewujudkannya. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien (Depkes, 2008). Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

Pemimpin juga berperan dalam mendidik staf tentang keselamatan pasien. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien (Depkes, 2008). Perawat juga terlibat dalam menyusun kebijakan perawatan untuk meminimalkan terjadinya kesalahan (ICN, 2002).

f Pencegahan Infeksi Nosokomial

Pencegahan infeksi nosokomial dengan meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial (JACHO, 2010 & WHO, 2007). Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* tersedia pada titik-titik pelayanan, tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih di tempat kerja; dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan/observasi dan teknik-teknik yang lain (WHO, 2007). Pencegahan

infeksi nosokomial lainnya adalah pencegahan luka tekan dan pencegahan pasien jatuh (JACHO, 2010).

g Pengkajian Risiko

Pengkajian risiko merupakan standar kelima belas pada standar keselamatan pasien (JACHO, 2010). Penggunaan metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien. Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor, dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien (WHO, 2007).

Standar ini merupakan panduan yang sangat bermanfaat membantu rumah sakit, memperbaiki proses asuhan pasien, dan meningkatkan profesionalitas petugas kesehatan. Hal ini bertujuan agar sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan guna menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah serta untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

2.4.5 Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Tujuh langkah dalam penerapan keselamatan pasien rumah sakit, yaitu langkah pertama dengan membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil (Depkes, 2008). Hal ini dilakukan dengan melakukan audit tentang pemahaman staf tentang budaya keselamatan pasien, membudayakan pelaporan insiden, komplain, perlindungan staf (NPSA, 2009). Langkah kedua yaitu memimpin dan mendukung staf, membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit (Depkes, 2008). Membicarakan arti penting dan usaha untuk meningkatkannya dengan pertemuan, penyediaan pendidikan/pelatihan tentang keselamatan pasien (NPSA, 2009).

Langkah ketiga yaitu mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan

identifikasi dan pengkajian hal yang berpotensi menjadi masalah (Depkes, 2008). Mengecek status penyakit pasien dan identifikasi terapi yang sudah diberikan (NPSA, 2009). Langkah keempat dengan mengembangkan sistem pelaporan, memastikan staf agar dengan mudah melaporkan kejadian atau insiden, serta pelaporan rumah sakit kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Sosialisasikan sistem dan alat pelaporan kejadian (NPSA, 2009).

Langkah kelima dengan melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, mengembangkan cara-cara berkomunikasi yang terbuka dengan pasien. Langkah keenam dengan melakukan kegiatan belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah (RCA) untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Langkah terakhir/langkah ketujuh yaitu mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

2.4.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya KTD

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien dapat dilihat pada skema 2.4. Menurut AHRQ (2003) dalam PERSI-KARS (2006), masalah KTD terjadi karena:

2.4.6.1 Masalah Komunikasi

Penyebab yang paling sering terjadi masalah komunikasi. Kegagalan komunikasi adalah verbal/nonverbal, miskomunikasi antar staf, informasi tidak didokumentasikan dengan baik/hilang, sedangkan masalah komunikasi antara lain tim layanan kesehatan di satu lokasi, antar berbagai lokasi, antar tim layanan dengan petugas non klinis, dan antar staf dengan pasien.

2.4.6.2 Arus Informasi yang Tidak Adekuat

Ketersediaan informasi yang kritis saat akan merumuskan keputusan penting, komunikasi tepat waktu dan dapat diandalkan saat pemberian hasil pemeriksaan

yang kritis, koordinasi instruksi obat saat transfer antar unit, informasi penting tidak disertakan saat pasien dipindah ke unit lain/dirujuk ke rumah sakit lain.

2.4.6.3 Masalah Sumber Daya Manusia (SDM)

Gagal mengikuti kebijakan, Standar Operasional Prosedur (SOP) dan proses pemberian pelayanan, dokumentasi kurang optimal dan pemberian label spesimen yang buruk, kesalahan berbasis pengetahuan, staf tidak punya pengetahuan yang adekuat untuk setiap pasien pada saat diperlukan.

Skema 2.4. Faktor yang Berpengaruh terhadap Pelaksana Keselamatan Pasien



Sumber: Yahya (2006)

2.4.6.4 Hal-Hal yang Berhubungan dengan Pasien

Identifikasi pasien tidak tepat, pengkajian pasien tidak lengkap, kegagalan memperoleh persetujuan pasien, pendidikan dan pengetahuan pasien yang tidak adekuat.

2.4.6.5 Transfer Pengetahuan di Rumah Sakit

Kekurangan pada orientasi atau pelatihan, tingkat pengetahuan staf untuk menjalankan tugas masih kurang, transfer pengetahuan di rumah sakit pendidikan.

2.4.6.6 Pola/Alur Kerja

Para dokter, perawat, dan staf lain sibuk karena SDM tidak memadai, pengawasan/supervisi tidak adekuat. Pola/alur kerja ini berkaitan dengan alur komunikasi dalam keselamatan pasien.

2.4.6.7 Kegagalan-Kegagalan Teknis

Kegagalan alat/perengkapan seperti pompa infus, monitor. Komplikasi/kegagalan *implant*. Instruksi tidak adekuat, peralatan dirancang secara buruk bisa menyebabkan pasien cedera. Kegagalan alat tidak teridentifikasi secara tepat sebagai dasar cideranya pasien.

2.4.6.8 Kebijakan dan Prosedur yang Tidak Adekuat

Pedoman cara pelayanan dapat merupakan faktor penentu terjadinya banyak kesalahan medis. Kegagalan akan proses pelayanan dapat ditelusuri penyebabnya yaitu buruknya dokumentasi, bahkan tidak ada pencatatan atau SOP klinis yang adekuat.

Faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien menurut KKP-RS (2008) disebut sebagai faktor kontributor. Faktor kontributor adalah faktor yang melatar belakangi terjadinya insiden. Penyebab insiden dapat digolongkan berdasarkan penggolongan faktor kontributor eksternal dan internal. Faktor kontributor eksternal/di luar rumah sakit, yaitu regulator dan ekonomi; peraturan dan kebijakan Departemen Kesehatan; peraturan nasional, dan hubungan dengan organisasi lain.

Faktor internal/di dalam rumah sakit meliputi faktor organisasi dan manajemen, lingkungan kerja, tim, petugas, tugas, serta pasien. Canadian *Nurse Association* (2004) juga mengidentifikasi faktor yang menghambat pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan yang aman bagi pasien yaitu, isu ketenagaan dan lingkungan klinik, komunikasi, kerja sama. Faktor lain menurut CAN (2004), yaitu pandangan perawat tentang keselamatan pasien, pandangan perawat tentang keselamatan pasien, teknologi, dan budaya menyalahkan terhadap kejadian.

2.5 Karakteristik Perawat Pelaksana

Karakteristik individu yang mempengaruhi seseorang dalam bekerja. Karakteristik individu merupakan komponen pertama yang berdampak langsung dengan penampilan kinerja dalam keselamatan pasien. Karakteristik individu meliputi semua kompetensi individu di tempat mereka bekerja, seperti pengetahuan, tingkat keterampilan teknis, pengalaman kerja, kepandaian, kemampuan sensori, pelatihan dan pendidikan, dan peristiwa organis dan status sikap seperti kesadaran, kelelahan, motivasi. Pengetahuan dan keterampilan merupakan komponen penting yang berpengaruh terhadap penilaian keselamatan pasien dalam penampilan kinerja. Faktor organis pada saat yang sama juga dapat menimbulkan kelelahan dan stress yang mempengaruhi pengetahuan mereka (sebagai faktor perancu) (Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon & Hughes, 2008).

2.5.1 Usia

Usia memiliki hubungan dengan produktivitas, tingkat absensi, dan kepuasan kerja individu tersebut. Produktivitas seseorang akan menurun dengan semakin bertambahnya usia, karena dengan bertambahnya usia maka terjadi penurunan kecepatan, kecekatan, kekuatan, koordinasi dengan berjalannya waktu dan adanya kebosanan yang berlarut-larut serta kurangnya rangsangan intelektual (Robbins, 2001).

Sopiah (2008) yang menyatakan bahwa umur akan mempengaruhi individu dalam bekerja. Usia semakin bertambah, maka semakin sedikit kesempatan alternatif pekerjaan bagi mereka. Pekerja yang usianya semakin tua, kecil kemungkinan akan berhenti karena dengan masa kerja mereka yang lebih panjang akan mendapatkan gaji yang lebih tinggi, tunjangan yang lebih beragam (Robbins & Judge, 2008).

Robbins (2001) menyatakan terdapat hubungan antara bertambahnya usia dengan kepuasan kerja padapekerja professional. Kepuasan kerja akan semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia mereka, dan pada pekerja non professional, kepuasan kerja semakin menurun dengan bertambahnya usia. Hurlock (2005)

menyatakan kepuasan kerja akan meningkat pada usia pertengahan. Hal ini terjadi dari hasil kerja dan prestasi yang telah dicapai dan imbalan yang semakin besar. Teori didukung oleh Marpaung (2005), yang menyatakan terdapat hubungan bermakna antara usia perawat pelaksana dengan budaya kerja ($p \text{ value} < 0,05$) yaitu perawat pelaksana yang berusia > 35 tahun berpeluang 2,098 kali daripada perawat pelaksana yang berusia < 35 tahun.

Pendapat berlawanan disampaikan oleh Wahab (2001) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia perawat pelaksana dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar. Hikmah (2008) juga menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia staf yang 80% adalah perawat di RSUP Fatmawati dengan persepsi keselamatan pasien ($p \text{ value} > 0,05$).

2.5.2 Jenis kelamin

Wanita dan laki-laki memiliki peran yang sama dalam organisasi dalam pengaturan norma-norma, pengawasan kinerja staf, dan pemberian informasi. Hasil penelitian tentang *turn over* dan produktivitas kerja tidak menunjukkan perbedaan antara wanita dan laki-laki (Eagly & Johannesen, 2001). Robbins and Judge (2008) menyatakan bahwa ketidakhadiran lebih besar ditunjukkan pada pekerja wanita dibandingkan laki-laki di Amerika Utara karena masalah rumah tangga lebih besar dibebankan pada wanita dibandingkan laki-laki.

Yukie, Takako, dan Takemi (2001) melalui penelitiannya di Jepang yang menyatakan pembagian beban kerja perawat berdasarkan peran gender masih rendah. Permasalahan gender ini menjadi masalah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di klinik. Marpaung (2005) menyatakan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin perawat pelaksana dengan penerapan budaya kerja di RSUD Adam Malik Medan. Penelitian Wahab (2001) juga menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin perawat pelaksana dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar. Penelitian Hikmah (2008) juga menyatakan tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin perawat di RSUP Fatmawati dengan

persepsi keselamatan pasien (*p value* > 0,05). Wanita dan laki-laki memiliki peran yang sama dalam organisasi dalam pengaturan norma-norma, pengawasan kinerja staf, dan pemberian informasi.

2.5.3 Masa Kerja

Masa kerja memberikan hubungan dengan produktivitas, tingkat absensi, dan kepuasan kerja seseorang. Senioritas merupakan masa seseorang menjalankan pekerjaan tertentu, di mana terdapat hubungan positif antara semakin lama seseorang bekerja dengan tingkat produktivitas mereka. Senioritas berhubungan negatif dengan tingkat absensi, yang berarti semakin lama seseorang bekerja, maka tingkat absensi semakin rendah. Masa kerja juga berhubungan positif dengan kepuasan kerja (Robbins, 2001).

Masa kerja akan memberikan pengalaman kerja yang lebih banyak pada seseorang. Pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja seseorang (Quinones, Ford, & Teachout, 2006). Marpaung (2005) menyatakan masa kerja perawat pelaksana berhubungan dengan kepemimpinan efektif pada komunikasi dan pengambilan tindakan. Marpaung (2005) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna tentang masa kerja perawat pelaksana dengan budaya kerja (*p value* < 0,05).

Wahab (2001) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia perawat pelaksana dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar. Hikmah (2008) juga menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara masa kerja perawat di RSUP Fatmawati dengan persepsi keselamatan pasien (*p value* > 0,05). Senioritas berhubungan negatif dengan tingkat absensi, yang berarti semakin lama seseorang bekerja, maka tingkat absensi semakin rendah (Robbins, 2001).

2.5.4 Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu metode pengembangan organisasi dimana staf mendapatkan pengetahuan dan keterampilan untuk tujuan positif dan staf mendapat pengetahuan yang penting untuk penampilan kinerjanya dalam hal

kognitif, psikomotor dan sikap. Pendidikan merupakan indikator yang menunjukkan kemampuan individu dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya (Hasibuan, 2008). Marpaung (2005) menyatakan tingkat pendidikan perawat pelaksana berhubungan dengan kepemimpinan efektif pada komunikasi dan pengambilan tindakan. Perawat dengan latar belakang pendidikan SPR/SPK disebut perawat vokasional, sedangkan perawat dengan latar belakang pendidikan DIII dan S1 Keperawatan disebut perawat profesional (PPNI & Depkes RI, 2006).

Hikmah (2008) bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan perawat di RSUP Fatmawati dengan persepsi keselamatan pasien ($p \text{ value} > 0,05$). Wahab (2001) juga menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia perawat pelaksana dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di unit rawat inap RSU Labuang Baji Makassar.

2.5.5 Pelatihan

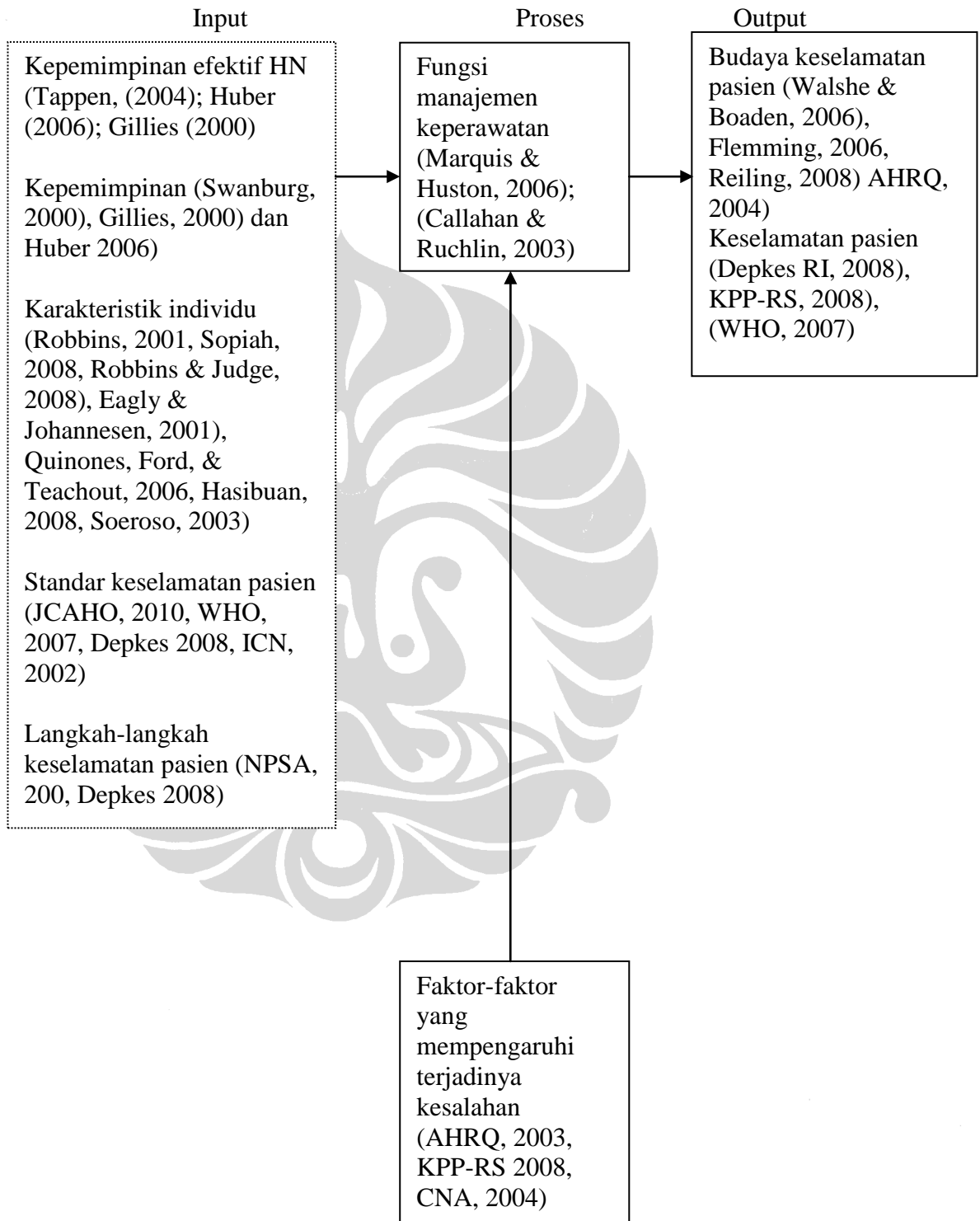
Pelatihan adalah proses sistematis perubahan perilaku para pegawai dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasi (Sulistiyani & Rosidah, 2003). Mangkunegara (2003) menyatakan istilah pelatihan diperuntukkan untuk pegawai pelaksana untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan teknis. Pelatihan adalah proses mengajarkan kepada karyawan baru atau karyawan yang telah ada tentang keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan mereka sebagai individu maupun sebagai anggota tim untuk mencapai sasaran yang ditetapkan dalam organisasi dengan sebaik-baiknya (Soeroso, 2003).

Pelatihan kembali adalah pelatihan kembali karyawan dalam rangka menindaklanjuti penilaian prestasi kerja, perubahan peran dalam pengembangan karyawan atau memperkuat hasil pelatihan sebelumnya Soeroso (2003). Marpaung (2005) menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna tentang pelatihan perawat pelaksana dengan budaya kerja ($p \text{ value} > 0,05$).

2.6 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori dapat dilihat pada skema 2.5.

Skema 2.5 Kerangka Teori

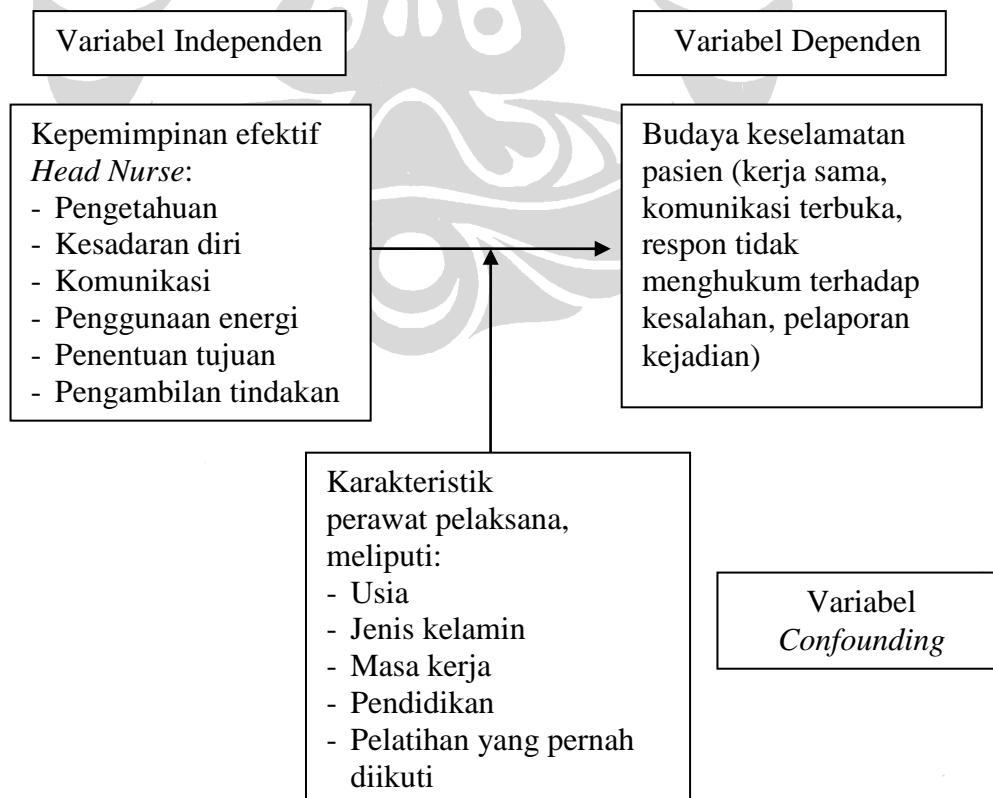


BAB 3
KERANGKA KONSEP,
HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Penelitian ini akan mencari hubungan antara variabel independen (variabel bebas) dan variabel dependen (variabel terikat). Variabel independen adalah kepemimpinan efektif *Head Nurse* yang meliputi enam subvariabel yaitu pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, penggunaan energi, penentuan tujuan, dan mengambil tindakan. Variabel dependen meliputi penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada aspek kerja sama, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum pada kesalahan dan pelaporan kejadian. Variabel *confounding* (variabel perancu) yaitu karakteristik perawat pelaksana itu sendiri meliputi usia, jenis kelamin, masa kerja, tingkat pendidikan, dan pelatihan yang pernah diikuti. Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini ada dua, yaitu:

3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

3.2.2 Hipotesis Minor

Hipotesis minor yang peneliti tuliskan adalah sebagai berikut:

3.2.2.1 Ada hubungan pengetahuan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

3.2.2.2 Ada hubungan kesadaran diri *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

3.2.2.3 Ada hubungan komunikasi *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

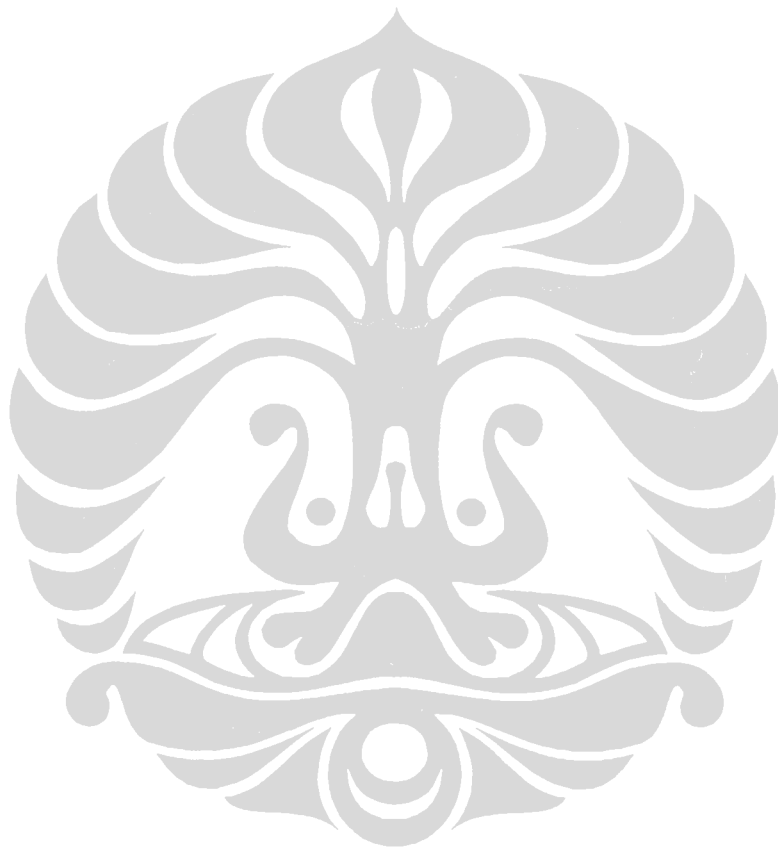
3.2.2.4 Ada hubungan penggunaan energi *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

3.2.2.5 Ada hubungan penentuan tujuan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

3.2.2.6 Ada hubungan pengambilan tindakan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

3.2.2.7 Ada hubungan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dan penerapan budaya keselamatan pasien (pada masing-masing komponen budaya keselamatan pasien) di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

3.2.2.8 Ada hubungan karakteristik perawat pelaksana terhadap kepemimpinan efektif *Head Nurse* dan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.



3.3 Definsi Operasional

3.3.1 Variabel Bebas (Variabel Independen)

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Variabel Bebas (Independen)

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan CaraUkur	Hasil Ukur	Skala
Kepemimpinan efektif	Skor penilaian perawat pelaksana terhadap kemampuan <i>Head Nurse</i> sebagai kepala ruang di masing-masing ruang rawat inap terpadu gedung A dalam menggunakan pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, penggunaan energi, penentuan tujuan, pengambilan tindakan dalam mengatur dan mengelola ruangan dan staf	Kuesioner B dengan jumlah 30 item pernyataan, menggunakan skala likert, dengan pilihan sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju	- Skor maksimal adalah 120 - Skor minimal adalah 30	Interval
a. Pengetahuan	Skor penilaian perawat pelaksana terhadap pemahaman <i>Head Nurse</i> sebagai kepala ruang di ruang masing-masing tentang pengetahuan kepemimpinan dalam keselamatan pasien dan keterampilan teknis dalam melakukan tindakan mengelola ruangan dan staf	Kuesioner B dengan jumlah 5 item pernyataan pada nomor 1, 3, 6, 24, 25 dengan skala likert: sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju	- Skor maksimal adalah 20 - Skor minimal adalah 5	Interval
b. Kesadaran diri	Skor penilaian perawat pelaksana terhadap kemampuan <i>Head Nurse</i> sebagai kepala ruang di ruang masing-masing dalam mengenal dirinya sendiri baik kelebihan dan kelemahan untuk berinteraksi dengan orang lain	Kuesioner B dengan jumlah 5 item pernyataan pada nomor 5, 11, 16, 22, 27 dengan skala likert: sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju	- Skor maksimal adalah 20 - Skor minimal adalah 5	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan CaraUkur	Hasil Ukur	Skala
c. Komunikasi	Skor penilaian perawat pelaksana terhadap kemampuan <i>Head Nurse</i> sebagai kepala ruang di ruang masing-masing dalam menyampaikan informasi kepada stafnya	Kuesioner B dengan jumlah 5 item pernyataan pada nomor 2, 7, 8, 14, 26 dengan skala likert: sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju	- Skor maksimal adalah 20 - Skor minimal adalah 5	Interval
d. Energi	Skor penilaian perawat pelaksana terhadap kekuatan <i>Head Nurse</i> sebagai kepala ruang di ruang masing-masing meliputi fisik, psikis, sosial dalam mempengaruhi orang lain	Kuesioner B dengan jumlah 5 item pernyataan pada nomor 10, 12, 13, 17, 28 dengan skala likert: sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju	- Skor maksimal adalah 20 - Skor minimal adalah 5	Interval
e. Penentuan tujuan	Skor penilaian perawat pelaksana terhadap kemampuan <i>Head Nurse</i> sebagai kepala ruang di ruang masing-masing dalam merumuskan tujuan program	Kuesioner B dengan jumlah 5 item pernyataan pada nomor 9, 15, 18, 20, 29 dengan skala likert: sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju	- Skor maksimal adalah 20 - Skor minimal adalah 5	Interval
f. Pengambilan tindakan	Skor penilaian perawat pelaksana terhadap kemampuan <i>Head Nurse</i> sebagai kepala ruang di ruang masing-masing dalam mengimplementasikan kepemimpinan efektif di ruangan	Kuesioner B dengan jumlah 5 item pernyataan pada nomor 4, 19, 21, 23, 30 dengan skala likert: sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju	- Skor maksimal adalah 20 - Skor minimal adalah 5	Interval

3.3.2 Variabel Tergantung (Variabel Dependen)

Tabel 3. 2 Definisi Operasional Variabel Tergantung (Dependen)

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Budaya keselamatan pasien	Perilaku perawat pelaksana (ketua Tim dan perawat pelaksana) yang bekerja di ruang rawat inap terpadu Gedung A yang berlandaskan keyakinan, nilai, dan asumsi dalam memberikan pelayanan yang aman dan bebas dari cedera kepada pasien di rumah sakit pada kerja sama, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum pada kesalahan dan pelaporan kejadian	Kuesioner C dengan jumlah 36 item pernyataan dengan skala likert dengan pilihan selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah	- Nilai maksimal 144 - Nilai minimal 36	Interval
a. Kerja sama	Kegiatan perawat pelaksana yang saling membantu dan mendukung antara satu ruangan atau satu profesi dan atau antara unit yang berbeda di rumah sakit	Kuesioner C dengan jumlah 8 item pernyataan pada nomor 1, 3, 5, 6, 11, 21, 34, 35 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah	- Nilai maksimal 32 - Nilai minimal 8	Interval
b. Komunikasi terbuka	Proses pertukaran informasi sesama perawat, dari perawat ke kepala ruang yang bebas dari tekanan	Kuesioner C dengan jumlah 9 item pernyataan pada nomor 2, 4, 14, 15, 18, 23, 28, 32, 36 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah	- Nilai maksimal 36 - Nilai minimal 9	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
c. Respon tidak menghukum terhadap kesalahan	Pemberian masukan yang tidak berfokus pada kesalahan sesama perawat pelaksana tetapi dengan mengidentifikasikan masalah dan penyebabnya	Kuesioner C dengan jumlah 10 item pernyataan pada nomor 8, 12, 16, 19, 22, 26, 27, 29, 30, 37 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah	- Nilai maksimal 40 - Nilai minimal 10	Interval
d. Pelaporan kejadian	Tingkat keseringan kejadian kesalahan yang dilaporkan oleh perawat pelaksana	Kuesioner C dengan jumlah 9 item pernyataan pada nomor 7, 9, 10, 13, 17, 20, 24, 25, 31 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah	- Nilai maksimal 36 - Nilai minimal 9	Interval

3.3.3 Variabel Perancu (Variabel *Confounding*)

Tabel 3. 3 Definisi Operasional Variabel Perancu (*Confounding*)

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Usia	Jumlah tahun sejak responden lahir sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner A	Dalam tahun	Interval
Jenis kelamin	Gambaran karakteristik seksual dan peran responden	Kuesioner A	- Laki-laki - Wanita	Nominal
Tingkat pendidikan	Jenis pendidikan terakhir yang pernah diselesaikan responden sampai mendapatkan ijazah dan gelar akademik	Kuesioner A	- Non profesional untuk lulusan SPR/SPK - Profesional untuk lulusan DIII, S1, S2 Keperawatan	Ordinal
Masa kerja	Jumlah tahun selama responden menjalankan tugas sebagai perawat di gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sampai saat penelitian	Kuesioner A	Dalam tahun	Interval
Pelatihan yang pernah diikuti	Gambaran pernah tidaknya responden mendapatkan pelatihan selama bekerja	Kuesioner A	- Pernah mengikuti - Tidak pernah mengikuti	Nominal

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian non-eksperimental, dengan pendekatan kuantitatif, analisis korelasi dan desain *cross sectional*. Penelitian analitik korelasi digunakan karena peneliti ingin mendapatkan gambaran masing-masing variabel penelitian, dan menghubungkan dua variabel dan subvariabel masing-masing variabel dengan analisis korelasi serta dengan melakukan penelitian sesaat pada waktu tertentu saja (Sastroasmoro & Ismail, 2008).

Variabel bebas (independen) adalah persepsi perawat pelaksana terhadap kepemimpinan efektif kepala ruang, meliputi pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, penggunaan energi, penentuan tujuan, dan mengambil tindakan. Variabel tergantung (dependen) adalah penerapan budaya keselamatan pasien rumah sakit meliputi kerja sama, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum terhadap kesalahan, dan pelaporan kejadian. Variabel perancu (*confounding*) adalah karakteristik perawat di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, pelatihan yang pernah diikuti.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2006). Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat ruangan yang bekerja di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sejumlah 520 perawat. Rincian populasi dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Sebaran Jumlah Populasi Penelitian

No	Subpopulasi	Jumlah
1	Perawat manajemen	12
2	Perawatan kelas khusus lantai IA	35
3	Perawatan kelas khusus lantai 3	41
4	Perawatan kelas khusus lantai 6A	36
5	Perawatan bedah lantai 4A	36
6	Perawatan bedah lantai 4B	37
7	Perawatan neurologi lantai 5A	52
8	Perawatan bedah saraf lantai 5B	23
9	Perawatan penyakit infeksi lantai 7A	28
10	Perawatan penyakit dalam lantai 7A	26
11	Perawatan kelas VIP lantai IB	16
12	Perawatan onkologi lantai 2A	28
13	Perawatan kebidanan lantai 2B	29
14	Perawatan HCU dan stagnan lantai 6B	41
15	Perawatan riim dan geriatri lantai 8A	28
16	Perawatan kemoterapi lantai 8B	18
17	Perawatan mata, THT, kulit, dan kelamin lantai 7B	34
Jumlah		520

Sumber: Laporan Bidang Keperawatan RSCM, 2009

Populasi sampel adalah bagian populasi yang dapat dijadikan responden oleh peneliti (Sastroasmoro & Ismail, 2008). Populasi sampel pada penelitian ini berjumlah 424, jumlah ini peneliti dapatkan dari pengurangan populasi pada perawat manajemen 12 orang, 32 perawat supervisor, dan 32 kepala ruang (*Head Nurse* dan *Nurse Officer*), dan 20 bidan.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi yang nilai/karakteristiknya dapat diukur dan nantinya dipakai untuk menduga karakteristik populasi (Sabri & Hastono, 2006). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, bersedia menjadi responden penelitian, dapat membaca dan menulis dengan baik. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana dengan masa kerja kurang dari satu tahun dengan alasan perawat dengan masa kerja kurang satu tahun belum terpapar dan belum beradaptasi dengan lingkungan tempat perawat tersebut bekerja. Kriteria eksklusi yang lain

adalah perawat yang sedang masa tugas/ijin belajar dan sedang dalam masa cuti (cuti hamil, cuti melahirkan, cuti menikah, cuti sakit).

4.2.3 Penghitungan besar sampel

Penghitungan sampel berdasarkan Notoatmojo (2005) karena jumlah penelitian ini kurang dari 10.000, sehingga penghitungannya sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = tingkat kepercayaan (presisi 0,05)

$$\begin{aligned} n &= \frac{424}{1 + 424(0,05)^2} \\ &= \frac{424}{2,11} \\ &= 205,8 \text{ (dibulatkan menjadi 206)} \end{aligned}$$

Jumlah sampel yang peneliti ambil berdasarkan rumus Notoatmojo (2005) di atas adalah 206 perawat pelaksana. Jumlah sampel tiap sub populasi, digunakan sampel dengan *proportional random sampling* dengan rumus Soebiyanto (2000). Penghitungan pada setiap populasi dapat dilihat pada tabel 4.2.

$$n_1 = w_1 \times n_s$$

Keterangan:

n_1 = jumlah sampel subpopulasi

n_s = jumlah sampel yang dibutuhkan

w_1 = jumlah populasi

Pengambilan setiap sampel pada subpopulasi dengan menggunakan teknik *systematic random sampling*. *Systematic random sampling* yaitu metode pengambilan sampel berdasarkan aturan tertentu (Polit & Hungler, 2006).

Systematic random sampling peneliti lakukan dengan melihat nomor ganjil pada jadual dinas perawat pelaksana di ruang rawat. Setiap responden dikeluarkan sesuai kriteria eksklusi. Tahap selanjutnya diberi kode sesuai ruangan responden. Pemberian kode untuk setiap ruangan dilakukan peneliti karena jumlah ruangan yang digunakan dalam penelitian ini cukup banyak, yaitu 16 ruangan.

Tabel 4.2 Jumlah Sampel Masing-Masing Sub Populasi Penelitian

No	Subpopulasi	Jumlah	Penghitungan	Jumlah Sampel
1	Perawatan kelas khusus lantai IA	32	32 X206/424	15
2	Perawatan kelas khusus lantai 3	38	38 X206/424	18
3	Perawatan kelas khusus lantai 6A	33	33 X206/424	16
4	Perawatan bedah lantai 4A	33	33 X206/424	16
5	Perawatan bedah lantai 4B	34	34 X206/424	17
6	Perawatan neurologi lantai 5A	49	49 X206/424	22
7	Perawatan bedah saraf lantai 5B	20	20 X206/424	8
8	Perawatan penyakit infeksi lantai 7A	25	25 X206/424	12
9	Perawatan penyakit dalam lantai 7A	23	23 X206/424	11
10	Perawatan kelas VIP lantai IB	13	13 X206/424	6
11	Perawatan onkologi lantai 2A	15	15 X206/424	7
12	Perawatan kebidanan lantai 2B	16	16X206/424	7
13	Perawatan HCU dan stagnan lantai 6B	38	38 X206/424	18
14	Perawatan riim dan geriatri lantai 8A	25	25 X206/424	12
15	Perawatan kemoterapi lantai 8B	15	15 X206/424	7
16	Perawatan mata, THT, kulit, dan kelamin lantai 7B	31	31 X206/424	14
Jumlah				206

4.3 Tempat Penelitian

Tempat penelitian adalah 16 ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta seperti terlihat pada tabel 4.2 di atas. Peneliti memilih RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang terletak di Jakarta Pusat sebagai tempat penelitian karena merupakan rumah sakit tipe A pendidikan rujukan nasional dan tingkat hunian tempat tidur pasien/*Bed Occupancy Rate* (BOR) cukup tinggi mencapai 80-85% (Laporan Tahunan Bidang Keperawatan RSCM, 2009). RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sebagai rumah sakit padat tenaga kesehatan dan memiliki tingkat interaksi dengan pasien yang tinggi intensitasnya sehingga dimungkinkan risiko kejadian kesalahanpun akan semakin besar.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian pada Mei-Juni 2010.

4.5 Etika Penelitian

4.5.1 Etika penelitian dapat diaplikasikan berdasarkan tiga prinsip etik umum

4.5.1.1 Prinsip Menghormati Harkat dan Martabat Manusia

Prinsip etika penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *respect for persons* yaitu menghormati otonomi responden. Otonomi berarti kesepakatan eksplisit responden kepada peneliti yang menyatakan responden setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian, dan mengizinkan datanya untuk dijadikan data penelitian. Responden memiliki hak untuk menentukan dan mengambil keputusan sendiri (*self-determination*) untuk menjadi responden atau tidak (Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2007 & Dahlan, 2008).

Aplikasi yang dilakukan peneliti dalam menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk memilih dan menentukan sendiri untuk ikut atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini. Peneliti tetap menghormati responden apabila responden menyatakan tidak ikut menjadi responden dalam penelitian ini.

4.5.1.2 Prinsip Berbuat Baik (*Beneficience*)

Prinsip etik berbuat baik (*beneficience*) yaitu memberikan manfaat semaksimal mungkin dan risiko seminimal mungkin. Prinsip etik berbuat baik ini juga mencakup tidak melakukan hal yang berbahaya bagi responden (Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2007 & Dahlan, 2008).

Prinsip etik berbuat baik meliputi: risiko penelitian harus wajar dibandingkan dengan manfaat yang diharapkan dan desain penelitian harus memenuhi persyaratan ilmiah; peneliti mampu menjamin kesejahteraan responden saat melakukan penelitian; serta tidak merugikan orang lain (*non-maleficience*). Prinsip *non-maleficience* mengandung arti apabila tidak memberikan manfaat,

maka jangan merugikan orang lain (Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2007)

Aplikasi yang dilakukan peneliti dalam berbuat baik dan tidak merugikan adalah peneliti memberikan penjelasan terlebih dahulu bahwa data yang diberikan akan bermanfaat untuk penelitian. Peneliti memberikan kenyamanan kepada responden untuk mengisi kuesioner dengan memberikan sarana pulpen dan penyusunan kuesioner menjadi satu bagian yang dimasukkan ke dalam amplop sampul kertas. Peneliti juga memberikan waktu kepada responden untuk mengisi pada waktu jam tidak sibuk di ruangan dan memberikan kenyamanan tempat dengan mempersilahkan responden mengisi kuesioner di ruangan yang nyaman, misalnya ruangan kepala ruang.

4.5.1.3 Prinsip Etik Keadilan (*Justice*)

Prinsip etik keadilan yaitu memberikan perlakuan yang sama, benar, dan pantas pada semua responden dan memberikan distribusi seimbang antara beban dan keikutsertaan responden dalam penelitian (Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2007). Prinsip etik keadilan yang lain adalah yaitu menjaga kerahasiaan responden beserta jawabannya (*confidential*). Hal ini ini berarti jawaban responden hanya digunakan untuk penelitian, tidak disalahgunakan, dan tidak mempengaruhi jabatan pekerjaan responden (Dahlan, 2008). Aplikasi prinsip etik keadilan adalah peneliti mengambil data secara adil pada perawat yang berdinasi pagi, sore, dan malam. Peneliti tidak memberikan sanksi kepada perawat yang tidak bersedia menjadi responden.

4.5.2 Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Peneliti terlebih dahulu membagikan lembar persetujuan menjadi responden penelitian (*informed consent*) kepada responden. Peneliti juga menjaga kerahasiaan identitas dan jawaban kuesioner responden hanya untuk kepentingan ilmu serta metodologi keperawatan (Dahlan, 2008).

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan tiga tahapan sebagai berikut:

4.6.1 Tahap Administratif/Perizinan Penelitian

Perizinan dilakukan sendiri oleh peneliti, yaitu permohonan ijin pengambilan data awal penelitian dari FIK UI pada tanggal 27 Februari 2010. Tahap selanjutnya permohonan ijin pengambilan data awal penelitian dari RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta ke Direktur utama, bagian penelitian, bagian Unit Pelayanan Jaminan Mutu (UPJM), Bidang Keperawatan, dan Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A pada tanggal 9 Maret 2010. Permohonan lolos kaji etik penelitian dilakukan peneliti pada 4 Mei 2010. Tahap permohonan ijin penelitian dari FIK UI pada tanggal 25 April 2010. Tahap akhir adalah permohonan ijin penelitian dari RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta ke Direktur utama, bagian penelitian, bagian Unit Pelayanan Jaminan Mutu (UPJM), Bidang Keperawatan, dan Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A pada tanggal 1 Mei 2010.

4.6.2 Tahap Teknis/Penyebaran Kuesioner

Peneliti menyebarkan kuesioner kepada perawat pelaksana di masing-masing ruang perawatan dengan didampingi delapan perawat supervisor yang membantu secara teknis penyebaran kuesioner kepada seluruh responden pada 21-27 Mei 2010. Peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan tentang kuesioner yang akan diisi oleh responden sebelum memberikan *informed consent*/persetujuan menjadi responden penelitian. Peneliti memberikan penjelasan bersama supervisor pada responden yang berdinas pagi dan sore, namun untuk responden yang dinas malam, informasi pengisian dititipkan kepada responden yang menjadi teman satu ruangan.

Peneliti tidak mendampingi responden dalam mengisi kuesioner dengan alasan memberikan keluangan waktu sehingga tidak mengganggu jam dinas responden. Peneliti juga memasukkan berkas kuesioner yang terdiri dari lembar penjelasan penelitian, lembar *informed consent* dan kuesioner (kuesioner A, B, C) dalam sampul amplop tertutup dengan tujuan menjaga kerahasiaan jawaban responden. Responden juga meminta untuk diberikan waktu untuk mengisi karena seluruh jajaran staf keperawatan termasuk perawat pelaksana di ruang rawat inap terpadu gedung A sedang mempersiapkan proses ISO 9001-2008 pada Juni 2010.

Pengambilan kuesioner peneliti lakukan sendiri sesuai dengan kode responden di masing-masing ruang perawatan.

4.7 Alat Pengumpul Data

Peneliti menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data. Kuesioner berisi daftar pernyataan yang sudah tersusun dengan baik dan responden hanya memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu (Notoatmojo, 2005). Kuesioner dalam penelitian ini meliputi:

4.7.1 Kuesioner A

Kuesioner A berisi identitas perawat ruangan terdiri dari usia, jenis kelamin, masa kerja, tingkat pendidikan, dan pelatihan keselamatan pasien yang pernah diikuti.

4.7.2 Kuesioner B

Kuesioner B berisi kepemimpinan efektif kepala ruang meliputi pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, penggunaan energi, penentuan tujuan, dan pengambilan tindakan. Peneliti menggunakan instrumen B ini dengan memodifikasi instrumen kepemimpinan efektif yang digunakan dalam penelitian tesis yang dilakukan oleh Mulyadi (2005) tentang hubungan kepemimpinan efektif kepala ruang dengan kinerja perawat dalam program pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSKM Cilegon dengan hasil valid dengan nilai *Pearson Product Moment* $r > 0,361$, koefisien korelasi r *Alpha Cronbahch* $> 0,929$ sehingga kuesioner dikatakan reliabel.

Peneliti melakukan modifikasi instrumen B ini karena peneliti beranggapan terdapat perbedaan karakteristik responden pada penelitian sebelumnya, yaitu perbedaan wilayah tempat penelitian. Peneliti melakukan modifikasi pada jumlah pernyataan keseluruhan pada sub variabel kepemimpinan efektif dan mengubah beberapa pernyataan positif menjadi pernyataan negatif, sehingga didapatkan sejumlah 36 pernyataan. Pernyataan *favorable* adalah pernyataan yang mengandung makna positif, sedangkan pernyataan *non favorable* adalah pernyataan yang mengandung makna negatif.

4.7.3 Kuesioner C

Peneliti menggunakan instrumen C tentang penerapan budaya keselamatan pasien dengan memodifikasi instrumen budaya keselamatan pasien dari Hamdani (2007) yang melakukan penelitian analisis budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Jakarta. Uji nilai validitas $r > r$ tabel dengan *Pearson Product Moment*, yaitu $r > 0,361$, sehingga kuesioner dikatakan valid pada instrumen penerapan budaya keselamatan pasien, uji reliabilitas dengan *Alpha Cronbach* $r > 0,889$ sehingga kuesioner dikatakan reliabel.

Peneliti melakukan modifikasi instrumen C ini karena perbedaan karakteristik responden. Karakteristik responden pada penelitian sebelumnya adalah semua tenaga kesehatan (dokter, perawat), selain itu juga peneliti hanya mengidentifikasi perilaku budaya keselamatan pasien pada empat aspek yaitu, kerja sama, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum terhadap kesalahan, dan pelaporan kejadian, sedangkan pada penelitian Hamdani (2007) pada 12 aspek persepsi dan perilaku budaya keselamatan pasien. Peneliti memodifikasi instrumen C ini pada jumlah pernyataan keseluruhan pada sub variabel budaya keselamatan pasien dan mengubah beberapa pernyataan positif menjadi pernyataan negatif, sehingga didapatkan sejumlah 40 pernyataan.

4.8 Uji Coba Instrumen

Peneliti melakukan uji coba instrumen A, B, dan C pada perawat pelaksana di RSUP Persahabatan Jakarta sejumlah 30 orang tanggal 3-7 Mei 2010. Peneliti menggunakan RSUP Persahabatan Jakarta sebagai tempat uji coba instrumen karena kesamaan karakteristik tempat dan responden penelitian.

4.9 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Dahlan (2008) menyatakan penelitian yang valid adalah penelitian dengan hasil yang diperoleh pada penelitian tersebut berlaku pada populasi yang menjadi target populasinya. Salah satu validitas dalam penelitian adalah validitas instrumen yang diartikan sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Cara mengukur validitas suatu instrumen dengan korelasi *Pearson Product Moment*,

variabel dikatakan valid apabila didapat r hitung lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007).

Instrumen B tentang kepemimpinan efektif *Head Nurse* setelah dilakukan uji validitas, dengan $r > 0,361$ yaitu pada rentang 0,365-0,362. Terdapat 6 pernyataan yang tidak valid, yaitu pernyataan nomor 1, 5, 9, 11, 13, 30. Peneliti membuang pernyataan yang tidak valid tersebut dengan alasan pertanyaan yang valid masih dapat mewakili pertanyaan yang terbuang karena masing-masing komponen kepemimpinan efektif terdapat satu nomor saja yang tidak valid. Item pernyataan pada kuesioner B menjadi berjumlah 30. Instrumen C tentang penerapan budaya keselamatan pasien setelah dilakukan uji validitas, dengan $r > 0,361$ yaitu pada rentang 0,363-0,916. Terdapat 4 pernyataan yang tidak valid, yaitu pernyataan nomor 18, 27, 35, 36. Peneliti membuang pernyataan yang tidak valid tersebut dengan alasan pertanyaan yang valid masih dapat mewakili pertanyaan yang terbuang. Item pernyataan kuesioner C menjadi berjumlah 36.

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala dan dengan alat ukur yang sama. Cara mengukur reliabilitas adalah dengan membandingkan nilai r hasil (nilai *alpha*) dengan r tabel, apabila $r \text{ alpha} > r$ tabel, maka pernyataan dalam kuesioner dikatakan reliabel (Hastono, 2007). Instrumen B tentang kepemimpinan efektif *Head Nurse* setelah dilakukan uji reliabilitas, pada 30 perawat pelaksana didapatkan *Alpha Cronbahch* $> 0,952$ sehingga kuesioner dikatakan reliabel. Instrumen C tentang penerapan budaya keselamatan pasien setelah dilakukan uji reliabilitas pada 30 perawat pelaksana, didapatkan *Alpha Cronbahch* $r > 0,981$ sehingga kuesioner dikatakan reliabel.

4.10 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan untuk menghasilkan informasi yang benar sesuai dengan tujuan penelitian. Tahapan kegiatan yang dilakukan dalam pengolahan data, yaitu:

4.10.1 *Editing*

Peneliti melakukan *editing* dengan memeriksa daftar pernyataan dalam kuesioner yang telah diserahkan oleh responden ke peneliti. Peneliti kemudian mencermati kelengkapan jawaban, keterbacaan penulisan, kejelasan makna jawaban, kesesuaian jawaban dengan pernyataan, relevansi jawaban, dan keseragaman satuan data. Peneliti mendapatkan semua daftar isian identitas responden pada kuesioner A dan daftar pernyataan pada kuesioner B dan C diisi lengkap oleh responden. Tujuan *editing* yang peneliti lakukan untuk mengurangi kesalahan atau kekurangan yang ada di dalam daftar pernyataan yang sudah disusun. (Narbuko & Akhmadi, 2005).

4.10.2 *Coding*

Peneliti melakukan *coding* dengan mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori-kategori. Pengklasifikasian peneliti lakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban responden (Narbuko & Akhmadi, 2005). *Coding* pada kuesioner A (identitas responden) dilakukan dengan memberikan kode 1 pada jenis kelamin laki-laki dan 2 pada jenis kelamin perempuan. *Coding* pada tingkat pendidikan dengan memberikan kode 1 untuk pendidikan perawat profesional (DIII dan S1 Keperawatan) dan 2 untuk pendidikan perawat non-profesional (SPR dan SPK). *Coding* pada pelatihan yang pernah diikuti dengan memberikan kode 1 pada perawat yang pernah mendapat pelatihan dan kode 2 pada perawat yang belum pernah mendapat pelatihan.

Coding untuk kuesioner B (kepempinan efektif *Head Nurse*) dan C (budaya keselamatan pasien) dengan penetapan skor, menggunakan skala likert (1-4). Pernyataan bermakna positif (*favorable*), apabila jawaban sangat setuju/selalu diberi nilai 4; jawaban setuju/sering diberi nilai 3; jawaban tidak setuju/kadangkadangkang diberi nilai 2; jawaban sangat tidak setuju/tidak pernah diberi nilai 1. Pernyataan bermakna negatif (*unfavorable*) apabila jawaban sangat setuju/selalu diberi nilai 1; jawaban setuju/sering diberi nilai 2; jawaban tidak setuju/kadangkadangkang diberi nilai 3; jawaban sangat tidak setuju/tidak pernah diberi nilai 4.

Peneliti tidak mendapatkan hambatan dalam melakukan proses *coding*. Hal ini dikarenakan proses *editing* kuesioner responden yang lengkap, sehingga peneliti tidak mengalami kendala dalam proses *coding* data.

4.10.3 *Entry* data

Kegiatan *entry* data dalam pengolahan data yang peneliti lakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program komputer dengan tujuan agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis (Narbuko & Akhmadi, 2005). Peneliti tidak mendapatkan hambatan dalam melakukan proses *entry* data. Hal ini dikarenakan proses *editing* yang lengkap dan *coding* dengan benar, sehingga peneliti tidak mengalami kendala dalam proses *entry* data.

4.10.4 *Cleaning*

Kegiatan *cleaning* peneliti lakukan dengan mengecek kembali data yang sudah di-*entry* untuk melihat apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat peneliti melakukan *entry* data ke program komputer. Peneliti melakukan proses *cleaning* dengan cara mengetahui adanya *missing*/data tidak ter-*entry*, mengetahui variasi data, dan mengetahui konsistensi data (Hastono, 2007). Peneliti tidak mendapatkan hambatan dalam melakukan proses *cleaning*. Hal ini dikarenakan proses *editing* kuesioner responden yang lengkap, *coding* dan *entry* data yang benar, sehingga peneliti tidak mengalami kendala dalam proses *cleaning* data.

4.11 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji:

4.11.1 Analisis Univariat

Variabel independen dan dependen dianalisis dengan menggunakan statistik deskriptif. Statistik deskriptif digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang sebaran distribusi frekuensi dan tendensi sentral (mean, median, modus) dari variabel kepemimpinan efektif kepala ruang, penerapan budaya keselamatan

pasien, dan karakteristik perawat pelaksana dengan skala interval (usia, masa kerja). Gambaran proporsi untuk mendapatkan gambaran karakteristik perawat pelaksana pada komponen dengan skala nominal dan ordinal yaitu pada jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan yang pernah diikuti.

4.11.2 Analisis Bivariat

Uji normalitas data dilakukan untuk proses analisis berikutnya, yaitu analisis bivariat untuk menentukan uji statistik apa yang akan digunakan. Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen (bebas) dan dependen (terikat). Analisis dengan uji korelasi (uji *Pearson Product Moment*) untuk korelasi dua data numerik atau salah satunya numerik data terdistribusi normal pada hubungan kepemimpinan efektif dengan penerapan budaya keselamatan pasien dan hubungan masing-masing komponen kepemimpinan efektif dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

Uji *t independent* dengan menggunakan derajat kepercayaan 95% pada data terdistribusi normal, yaitu hubungan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan yang pernah diikuti. Uji *Spearman* pada data terdistribusi tidak normal, yaitu pada hubungan masa kerja perawat pelaksana dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Tidak ada hubungan antara variabel independen dan dependen apabila *p value* > 0,05, sebaliknya ada hubungan antara variabel independen dan dependen apabila *p value* < 0,05. Sebaran uji analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.3.

4.11.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui subvariabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen dan sub variabel dependen. Analisis dengan uji regresi linear (Hastono 2007). Uji regresi linear digunakan dalam analisis multivariat yang menghubungkan variabel independen yang numerik dengan dependen yang numerik juga. Uji regresi linear ini digunakan untuk mengetahui sub variabel independen mana yang paling berpengaruh pada variabel dependen. Uji ini juga melihat karakteristik perawat mana yang paling mempengaruhi hubungan dengan variabel independen (bebas) dan dependen

(terikat). Hastono (2007) dan Dahlan (2008) menyatakan :langkah-langkah dalam pemodelan regresi linear adalah sebagai berikut:

- a. Menganalisis bivariat untuk menentukan variabel mana yang menjadi kandidat model. Masing-masing variabel independen dihubungkan dengan variabel dependen, bila hasil uji bivariat mempunyai nilai *p value* $< 0,25$, maka variabel tersebut masuk ke dalam model multivariat.
- b. Menganalisis secara bersamaan, melakukan pemilihan variabel yang masuk dalam model. Ketika sudah masuk dalam analisis multivariat, maka variabel yang masuk dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai *p value* $< 0,05$. Untuk variabel yang *p value*-nya $> 0,05$, maka dikeluarkan dari model satu-persatu. Permodelan untuk uji regresi linear adalah sebagai berikut:

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots$$

Metode yang digunakan dalam analisis multivariat adalah metode enter. Metode enter adalah metode yang tepat digunakan, karena dalam pemodelan ini dapat melakukan pertimbangan aspek substansi. Metode enter dilakukan dengan memasukkan semua variabel independen dengan serentak satu langkah, tanpa melewati kriteria kemaknaan tertentu (Hastono, 2007).

Tabel 4.3 Uji Statistik Bivariat Penelitian

No	Variabel bebas dan perancu	Skala	Variabel terikat	Skala	Uji statistik
1	Kepemimpinan efektif	Interval	Budaya keselamatan pasien	Interval	Uji <i>Pearson Product Moment</i>
2	Karakteristik perawat pelaksana		Budaya keselamatan pasien	Interval	Uji <i>Pearson Product Moment</i>
	a. Usia	Interval	Budaya keselamatan pasien	Interval	Uji <i>Pearson Product Moment</i>
	b. Jenis kelamin	Nominal	Budaya keselamatan pasien	Interval	Uji <i>t independent</i>
	c. Masa kerja	Interval	Budaya keselamatan pasien	Interval	Uji <i>Spearman</i>
	c. Tingkat pendidikan	Ordinal	Budaya keselamatan pasien	Interval	Uji <i>t independent</i>
	d. Pelatihan yang pernah diikuti	Nominal	Budaya keselamatan pasien	Interval	Uji <i>t independent</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Penelitian ini diawali dengan melakukan uji coba instrumen penelitian di RSUP. Persahabatan Jakarta pada 3-7 Mei 2010. Pengumpulan data dengan penyebaran kuesioner di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta pada tanggal 21-28 Mei 2010.

Responden penelitian adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sejumlah 206 orang yang dipilih berdasarkan *proportional random sampling* pada masing-masing unit lantai ruang rawat inap. Peneliti mengambil responden yang bernomor ganjil dengan *systematic random sample* sesuai dengan daftar dinas perawat di ruang rawat. Hal ini peneliti lakukan karena ada peneliti lain yang juga melakukan penelitian di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Hasil penelitian ini dianalisis melalui tiga tahap, yaitu analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat. Analisis univariat akan melihat mean, median, standar deviasi, dan nilai minimum dan maksimum dari variabel-variabel penelitian. Analisis bivariat akan melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Analisis multivariat akan melihat komponen subvariabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen setelah dikontrol dengan variabel *confounding*.

5.2 Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini akan menggambarkan kepemimpinan efektif *Head Nurse* sebagai variabel independen meliputi pengetahuan, kesadaran

diri, komunikasi, penggunaan energi, penentuan tujuan dan pengambilan tindakan. Penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana meliputi kerja sama unit, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum terhadap kesalahan, dan pelaporan kejadian sebagai variabel dependen. Karakteristik individu sebagai variabel *confounding* meliputi usia, jenis kelamin, masa kerja, tingkat pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti juga akan digambarkan dalam analisis univariat ini.

5.2.1 Karakteristik Responden

Responden penelitian berjumlah 206 perawat pelaksana. Gambaran karakteristik responden digambarkan berdasarkan usia, jenis kelamin, masa kerja, tingkat pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti. Gambaran karakteristik responden tersebut dapat dilihat pada tabel 5.1. Peneliti menyimpulkan karakteristik responden pada tabel 5.1 adalah sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebesar 93,2%, tingkat pendidikan sebagian besar perawat non profesional (SPR dan SPK) sebesar 78,6% dan sebagian besar sudah pernah mengikuti pelatihan sebesar 92,7%.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Pelatihan yang Pernah Diikuti di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (n = 206)

No	Karakteristik Individu	Frekuensi n = 206	Prosentase 100%
1	Jenis kelamin		
	a. Laki-laki	14	6,8
	b. Perempuan	192	93,2
2	Tingkat pendidikan		
	a. Profesional	44	21,4
	b. Non profesional	162	78,6
3	Pelatihan yang pernah diikuti		
	a. Pernah	190	92,7
	b. Tidak pernah	16	7,8

Hasil analisis tentang usia pada tabel 5.2, didapatkan bahwa rata-rata usia perawat pelaksana di rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta adalah 37 tahun, usia termuda 20 tahun dan usia tertua 55 tahun. Hasil

estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata usia perawat pelaksana adalah 35,6 tahun sampai 38,1 tahun.

Hasil analisis tentang masa kerja pada tabel 5.2, didapatkan bahwa rata-rata masa kerja perawat pelaksana di rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangokusumo Jakarta adalah 14,7 tahun, masa kerja terpendek 1 tahun dan masa kerja terpanjang 33 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata masa kerja perawat pelaksana adalah 13,4 tahun sampai 16 tahun.

Tabel 5.2 Hasil Analisis Karakteristik Responden Usia, Masa Kerja di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (n = 206)

No	Karakteristik Individu	Mean Median	SD	Minimum Maksimum	95% CI
1	Usia	37 35	9,2	20-55	35,6-38,1
2	Masa kerja	14,7 15	9,3	1-33	13,4-16

5.2.2 Kepemimpinan Efektif *Head Nurse*

Kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan melihat enam komponen kepemimpinan efektif yaitu pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, penggunaan energi, penentuan tujuan dan pengambilan tindakan. Hasil analisis univariat kepemimpinan efektif *Head Nurse* dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 di bawah dapat dilihat kepemimpinan efektif *Head Nurse* di rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangokusumo Jakarta baik (skor penilaian antara 90-120), dengan rata-rata skor penilaian 90,1; skor minimum 85; dan skor maksimum 100,7. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata kepemimpinan efektif yang dimiliki *Head Nurse* adalah 89,6 sampai 90,7.

Pengetahuan yang dimiliki *Head Nurse* baik dengan rata-rata skor penilaian 15,3 (skor penilaian antara 15-20); skor minimum 14; dan skor maksimum 17,7. Hasil

estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata pengetahuan yang dimiliki *Head Nurse* adalah 15,2 sampai 15,4.

Tabel 5.3 Hasil Analisis Univariat Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (n = 206)

No	Variabel	Mean Median	SD	Minimum Maksimum	95% CI
1	Kepemimpinan efektif (skor 30-120)	90,1 89,1	4,1	85-100,7	89,6-90,7
2	Pengetahuan (skor 5-20)	15,3 15,1	0,8	14-17,1	15,2-15,4
3	Kesadaran diri (skor 5-20)	14,5 14,3	0,8	13-16,4	14,4-14,6
4	Komunikasi (skor 5-20)	15,1 14,1	0,5	14,4-17,1	14,5-15,2
5	Penggunaan energi (skor 5-20)	15,9 15,9	0,7	14,7-17,4	15,8-16
6	Penentuan tujuan (skor 5-20)	14,8 14,3	0,9	13,9-16,8	14,7-14,9
7	Pengambilan tindakan (skor 5-20)	14,7 14,6	0,6	14,1-19	14,8-14,8

Kesadaran diri merupakan komponen kepemimpinan efektif *Head Nurse* yang paling rendah. Kesadaran diri diterapkan cukup baik oleh *Head Nurse* dengan rata-rata skor penilaian 14,5 (skor penilaian antara 10-15); skor minimum 13; dan skor maksimum 16,4. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata kesadaran diri yang dimiliki *Head Nurse* adalah 14,4 sampai 14,6.

Kemampuan berkomunikasi yang dimiliki *Head Nurse* baik dengan rata-rata skor penilaian 15,1 (skor penilaian antara 15-20); skor minimum 14,4; dan skor maksimum 17,1. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata yang kemampuan berkomunikasi dimiliki *Head Nurse* adalah 14,5 sampai 15,2.

Penggunaan energi merupakan komponen kepemimpinan efektif *Head Nurse* yang paling tinggi. Penggunaan energi diterapkan baik oleh *Head Nurse* dengan rata-rata skor penilaian 15,9 (skor penilaian antara 15-20); skor minimum 14,7; dan skor maksimum 17,4. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95%

diyakini bahwa rata-rata penggunaan energi yang dimiliki *Head Nurse* adalah 15,8 sampai 16.

Kemampuan menentukan tujuan yang dimiliki *Head Nurse* baik dengan rata-rata skor penilaian 14,8 (skor penilaian antara 15-20); skor minimum 13,9; dan skor maksimum 16,8. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata yang kemampuan menentukan tujuan dimiliki *Head Nurse* adalah 14,7 sampai 14,9.

Kemampuan mengambil tindakan yang dimiliki *Head Nurse* cukup baik dengan rata-rata skor penilaian 14,7 (skor penilaian antara 10-15); skor maksimum 19. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata yang kemampuan menentukan tujuan dimiliki *Head Nurse* adalah 14,7 sampai 14,8.

5.2.3 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana meliputi kerja sama unit, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum terhadap kesalahan, dan pelaporan kejadian. Hasil analisis univariat penerapan budaya keselamatan pasien dapat dilihat pada tabel 5.4.

Penerapan budaya keselamatan pasien di rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangokusumo Jakarta baik dengan rata-rata skor penilaian 117,6 (skor penilaian antara 108-144). Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana adalah 116,4 sampai 119,1.

Kerja sama unit merupakan komponen penerapan budaya keselamatan pasien yang paling rendah. Kerja sama diterapkan baik dengan rata-rata skor penilaian 27,6 (skor penilaian antara 24-32). Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata kerja sama unit dalam menerapkan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana adalah 27,3 sampai 27,9.

Tabel 5.4 Hasil Analisis Univariat Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (n = 206)

No	Variabel	Mean Median	SD	Minimum Maksimum	95% CI
1	Penerapan budaya keselamatan pasien (skor 36-144)	117,6 119	9,9	9-144	116,4-119,1
2	Kerja sama unit (skor 8-32)	27,6 28	2,6	18-32	27,3-28
3	Komunikasi terbuka (skor 9-36)	28,6 28	3,3	21-36	18,1-29
4	Respon tidak menghukum terhadap kesalahan (skor 10-40)	33,5 34	3,5	23-40	33-34
5	Pelaporan kejadian (skor 9-36)	27,9 28	3,5	19-36	27,4-28,4

Komunikasi terbuka baik diterapkan dengan rata-rata skor penilaian 28,7 (skor penilaian antara 27-36). Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata komunikasi terbuka dalam menerapkan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana adalah 18,1 sampai 29.

Respon tidak menghukum terhadap kesalahan baik diterapkan (skor penilaian antara 30-40) dan merupakan komponen penerapan budaya keselamatan pasien yang paling tinggi dengan rata-rata skor penilaian 33,5. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata respon tidak menghukum terhadap kesalahan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana adalah 33 sampai 34.

Pelaporan kejadian baik diterapkan baik dengan rata-rata skor penilaian 27,7 (skor penilaian antara 27-36). Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata pelaporan kejadian dalam menerapkan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana adalah 27,4 sampai 28,4.

5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen yaitu kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan variabel dependen yaitu budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Analisis bivariat selanjutnya adalah menghubungkan masing-masing-komponen kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan variabel dependen yaitu budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dan bentuk hubungan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Analisis bivariat lainnya adalah menghubungkan variabel *counfounding* yaitu karakteristik responden dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

Peneliti melihat kenormalan data terlebih dahulu pada masing-masing analisis univariat setiap variabel penelitian. Analisis dengan menggunakan uji statistik *Pearson Product Moment* (data numerik dihubungkan dengan data numerik) pada kepemimpinan efektif *Head Nurse* secara komposit, semua komponen kepemimpinan efektif *Head Nurse*. Peneliti menggunakan uji *Spearman* pada hubungan masa kerja perawat pelaksana dengan penerapan budaya keselamatan pasien karena masa kerja data tidak terdistribusi normal. Peneliti juga menggunakan uji statistik *t independent* (data numerik dihubungkan dengan data kategorik pada data terdistribusi normal) yaitu karakteristik responden (pada usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan yang pernah diikuti) dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Peneliti menggunakan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Analisis menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel independen dan dependen apabila *p value* $> 0,05$, sebaliknya ada hubungan antara variabel independen dan dependen apabila *p value* $< 0,05$.

5.3.1 Hubungan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan variabel dependen yaitu budaya keselamatan pasien

Hasil analisis hubungan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan budaya keselamatan pasien dan bentuk persamaan garis linear sederhana dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Hasil Analisis Hubungan Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUPN. Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta (n = 206)

No	Variabel Independen	Penerapan Budaya Keselamatan Pasien				
		R	p value	A	B _x	R ²
1	Kepemimpinan efektif	0,17	0,01	80,1	0,4	0,03
2	Pengetahuan	0,21	0,00	78,5	2,6	0,04
3	Kesadaran diri	0,2	0,00	80,7	2,5	0,04
4	Komunikasi	0,15	0,03	84,8	2,2	0,02
5	Penggunaan energi	0,04	0,54	107,8	0,6	0,00
6	Penentuan tujuan	0,17	0,02	89,3	1,9	0,03
7	Pengambilan tindakan	0,19	0,01	66,2	3,5	0,04

Tabel 5.5 di bawah, diperoleh nilai $r = 0,17$ dan $p \text{ value} = 0,01$. Kesimpulan hasil tersebut adalah terdapat hubungan antara kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Kekuatan hubungan menurut Colton menunjukkan hubungan yang lemah ($0,00 < r < 0,25$) dan berpola positif. Bentuk hubungan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dapat dilihat dengan persamaan $y = 80,1 + 0,4X_1$, yang berarti penerapan budaya keselamatan pasien yang dilakukan perawat pelaksana dalam mengaplikasikan kerja sama, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum terhadap kesalahan, dan pelaporan kejadian adalah sebesar 80,1 dan 0,4 kali kepemimpinan efektif *Head Nurse*. *R square* 0,03 artinya persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan variasi kepemimpinan efektif sebesar 3% untuk menjelaskan penerapan budaya keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan pasien dijelaskan variabel lainnya sebesar 97%.

Terdapat hubungan antara pengetahuan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana ($p \text{ value} < \alpha$). Uji statistik korelasi *Pearson Product Moment* dengan $r = 0,21$ dan $p \text{ value} = 0,00$. Kekuatan hubungan menurut Colton adalah hubungan lemah ($0,00 < r < 0,25$) dan arahnya positif. Bentuk hubungan pengetahuan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dapat dilihat dengan persamaan $y = 78,5 + 2,6X_1$, yang berarti penerapan budaya keselamatan pasien yang dilakukan

perawat pelaksana sebesar 78,5 dan 2,6 kali pengetahuan yang dimiliki *Head Nurse*. *R square* 0,04 artinya persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan variasi pengetahuan baik sebesar 4% untuk menjelaskan variabel penerapan budaya keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan pasien dijelaskan variabel lainnya sebesar 96%.

Terdapat hubungan antara kesadaran diri *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana (*p value* < α). Uji statistik korelasi *Pearson Product Moment* dengan $r = 0,2$ dan *p value* = 0,00. Kekuatan hubungan menurut Colton adalah hubungan lemah ($0,00 < r < 0,25$) dan arahnya positif. Bentuk hubungan kesadaran diri *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dapat dilihat dengan persamaan $y = 80,7 + 2,5X_1$, yang berarti penerapan budaya keselamatan pasien yang dilakukan perawat pelaksana sebesar 80,7 dan 2,5 kali kesadaran diri yang dimiliki *Head Nurse*. *R square* 0,04 artinya persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan variasi kesadaran diri baik sebesar 4% untuk menjelaskan variabel penerapan budaya keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan pasien dijelaskan variabel lainnya sebesar 97%.

Terdapat hubungan antara komunikasi *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana (*p value* < α). Uji statistik korelasi *Pearson Product Moment* dengan $r = 0,15$ dan *p value* = 0,03. Kekuatan hubungan menurut Colton adalah hubungan lemah ($0,00 < r < 0,25$) dan arahnya positif. Bentuk hubungan komunikasi *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dapat dilihat dengan persamaan $y = 84,8 + 2,2X_1$, yang berarti penerapan budaya keselamatan pasien yang dilakukan perawat pelaksana sebesar 84,8 dan 2,2 kali komunikasi yang dimiliki *Head Nurse*. *R square* 0,02 artinya persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan variasi komunikasi baik sebesar 2% untuk menjelaskan variabel penerapan budaya keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan pasien dijelaskan variabel lainnya sebesar 98%.

Tidak terdapat hubungan antara penggunaan energi *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana ($p \text{ value} > \alpha$). Uji statistik korelasi *Pearson Product Moment* dengan $r = 0,04$ dan $p \text{ value} = 0,54$. Bentuk hubungan penggunaan energi *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dapat dilihat dengan persamaan $y = 107,8 + 0,6X_1$, yang berarti perilaku tidak menerapkan budaya keselamatan pasien yang dilakukan perawat pelaksana sebesar 107,8 dan 0,6 kali penggunaan energi yang dimiliki *Head Nurse*.

Terdapat hubungan antara penentuan tujuan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana ($p \text{ value} < \alpha$). Uji statistik korelasi *Pearson Product Moment* dengan $r = 0,17$ dan $p \text{ value} = 0,02$. Kekuatan hubungan menurut Colton adalah hubungan lemah ($0,00 < r < 0,25$) dan arahnya positif. Bentuk hubungan penentuan tujuan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dapat dilihat dengan persamaan $y = 89,3 + 1,9X_1$, yang berarti penerapan budaya keselamatan pasien yang dilakukan perawat pelaksana sebesar 89,3 dan 1,9 kali penentuan tujuan yang dimiliki *Head Nurse*. *R square* 0,03 artinya persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan variasi penentuan tujuan baik sebesar 3% untuk menjelaskan variabel penerapan budaya keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan pasien dijelaskan variabel lainnya sebesar 97%.

Terdapat hubungan antara pengambilan tindakan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana ($p \text{ value} < \alpha$). Uji statistik korelasi *Pearson Product Moment* dengan $r = 0,19$ dan $p \text{ value} = 0,01$. Kekuatan hubungan menurut Colton adalah hubungan lemah ($0,00 < r < 0,25$) dan arahnya positif. Bentuk hubungan pengambilan tindakan *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dapat dilihat dengan persamaan $y = 66,2 + 3,5X_1$, yang berarti penerapan budaya keselamatan pasien yang dilakukan perawat pelaksana sebesar 66,2 dan 3,5 kali pengambilan tindakan yang dimiliki *Head Nurse*. *R square* 0,04 artinya persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan variasi pengambilan tindakan baik sebesar 4%

untuk menjelaskan variabel penerapan budaya keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan pasien dijelaskan variabel lainnya sebesar 96%.

5.3.2 Hubungan Karakteristik Reponden dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien.

Peneliti menggunakan korelasi *Pearson Product Moment* pada hubungan usia dengan penerapan budaya keselamatan pasien dan *Spearman* pada hubungan masa kerja dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Hasil analisis karakteristik responden dengan penerapan budaya keselamatan pasien dapat dilihat pada tabel 5.6 dan 5.7 di bawah.

Tabel 5.6 dan tabel 5.7 di bawah menggambarkan ada karakteristik responden yang berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien pada usia, jenis kelamin, dan masa kerja responden. Karakteristik responden yang didapat tidak ada perbedaan dengan penerapan budaya keselamatan pasien adalah tingkat pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti responden

Usia perawat pelaksana pada tabel 5.6, didapat ada hubungan yang signifikan dengan perilaku perawat pelaksana menerapkan budaya keselamatan pasien. Hal ini dilihat dari nilai $r = 0,16$ dan $p \text{ value} = 0,03$ ($p \text{ value} < \alpha$). Kekuatan hubungan menurut Colton adalah hubungan lemah ($0,00 < r < 0,25$) dan berpola positif.

Tabel 5.6 Hasil Analisis Karakteristik Reponden Menurut Usia dan Masa Kerja dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (n = 206)

No	Karakteristik Responden	Penerapan Budaya Keselamatan Pasien		Keterangan
		R	p value	
1	Usia	$r = 0,16$	0,03	<i>Pearson Product Moment</i>
2	Masa kerja	$r = 0,2$	0,01	<i>Uji Spearman</i>

Jenis kelamin perawat pelaksana pada tabel 5.7, didapat ada perbedaan yang signifikan antara perawat laki-laki dan perempuan dengan perilaku perawat

pelaksana menerapkan budaya keselamatan pasien sebesar 0,4. Hal ini dilihat dari nilai $p\ value = 0,02$ ($p\ value < \alpha$).

Tabel 5.7 Hasil Analisis Karakteristik Reponden Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Pelatihan yang Pernah Diikuti dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (n=206)

No	Karakteristik Individu	Mean	SD	SE	p value	n	Selisih Mean
1	Jenis kelamin						
	a. Laki-laki	111,6	7,9	2,1	0,02	14	0,4
	b. Perempuan	112	9,5	0,7		192	
2	Pendidikan						
	a. Profesional	117,4	11,5	1,7	0,89	44	0,2
	b. Non profesional	117,6	9,5	0,8		162	
3	Pelatihan						
	a. Pernah	117,5	10,1	0,7	0,77	190	0,8
	b. Tidak pernah	118,3	8,3	2,1		16	

Masa kerja perawat pelaksana pada tabel 5.7, didapat ada hubungan yang signifikan dengan perilaku perawat pelaksana menerapkan budaya keselamatan pasien. Hal ini dilihat dari nilai korelasi *Spearman* 0,2 dan $p\ value = 0,01$ ($p\ value < \alpha$). Kekuatan hubungan menurut Colton adalah hubungan lemah ($0,00 < r < 0,25$) dan berpola positif.

Tingkat pendidikan perawat pelaksana pada tabel 5.7, didapat tidak ada perbedaan yang signifikan antara perawat profesional (pendidikan DIII dan S1 Keperawatan) dengan perawat tidak profesional (pendidikan SPR dan SPK) dengan perilaku perawat pelaksana menerapkan budaya keselamatan pasien sebesar 0,2. Hal ini dilihat dari nilai dan $p\ value = 0,89$ ($p\ value > \alpha$).

Pelatihan yang pernah diikuti perawat pelaksana pada tabel 5.7, didapat tidak ada perbedaan yang signifikan antara yang pernah mendapat pelatihan dan yang belum pernah mendapat pelatihan dengan perilaku perawat pelaksana menerapkan budaya keselamatan pasien sebesar 0,8. Hal ini dilihat dari nilai $p\ value = 0,77$ ($p\ value > \alpha$).

5.4 Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk melihat komponen pada variabel independen yaitu kepemimpinan efektif *Head Nurse* yang paling berhubungan dengan variabel dependen yaitu penerapan budaya keselamatan pasien. Analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik regresi linear ganda. Analisis multivariat diawali dengan analisis bivariat antara variabel independen (kepemimpinan efektif *Head Nurse* meliputi pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, penggunaan energi, penentuan tujuan, pengambilan tindakan) dengan variabel dependen (penerapan budaya keselamatan pasien). Variabel independen yang masuk analisis multivariat adalah variabel yang hasil analisis bivariatnya mempunyai *p value* < 0,25, yaitu pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, penentuan tujuan, dan pengambilan tindakan (Hastono, 2007). Variabel perancu (*confounding*) yang masuk analisis adalah multivariat adalah usia, jenis kelamin, masa kerja. Langkah selanjutnya adalah melakukan uji asumsi. Komponen pada uji asumsi dapat dilihat pada table 5.8. Uji asumsi meliputi enam asumsi, yaitu:

Tabel 5.8 Komponen Analisis Akhir Regresi Linear Ganda

No	Komponen	Nilai
1	<i>Mean</i>	0,00
2	<i>Standar deviasi</i>	9,6
3	<i>Durbin watson</i>	1,85
4	<i>Sig</i>	0,00
5	VIF	1,00
6	<i>R square</i>	0,07
7	R	0,26

5.4.1 Asumsi *Eksistensi*

Cara mengetahui uji asumsi eksistensi dengan cara melakukan analisis deskriptif variabel residual dari model. Asumsi dipenuhi apabila residual menunjukkan adanya mean mendekati nilai 0 dan ada sebaran (varian standar deviasi). Didapat output mean pada tabel 5.8 di atas adalah 0,000 dan terdapat standar deviasi yaitu 9,6, sehingga memenuhi asumsi eksistensi.

5.4.2 Asumsi Independensi

Asumsi ini untuk mengetahui keadaan masing-masing nilai ama lain. Asumsi independensi diketahui dengan mengetahui uji Durbin Watson. Asumsi independensi terpenuhi apabila nilai Watson Durbin -2 s.d $+2$, sebaliknya asumsi tidak terpenuhi jika nilai Watson Durbin < -2 atau $> +2$. Didapat nilai Durbin Watson = 1,19 pada tabel 5.8, sehingga asumsi independensi terpenuhi.

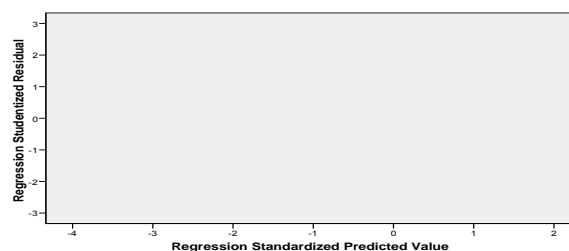
5.4.3 Asumsi Linearitas

Asumsi linearitas diketahui dengan melihat uji Annova pada nilai signifikannya (nilai *sig*) yaitu *p value* $< 0,05$. Hasil nilai = *sig* 0,01 sehingga dikatakan memenuhi asumsi linearitas ($< p$ value).

5.4.4 Asumsi *Homoscedasity*

Asumsi *homoscedasity* dengan melihat sebaran titik pada *scatterplot*. Didapat tebaran titik yang mempunyai pola yang sama antara titik-titik di bawah dan di atas garis diagonal, sehingga asumsi *homoscedasity* terpenuhi. Asumsi *homoscedasity* dapat dilihat pada gambar 5.1.

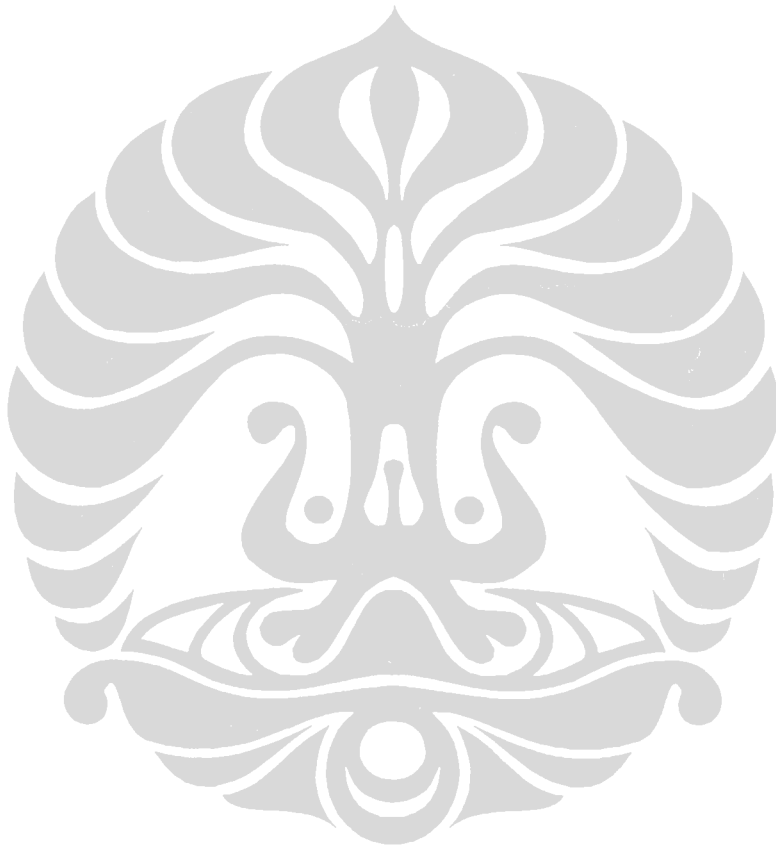
Gambar 5.1 Asumsi *Homoscedasity*



5.4.5 Asumsi Normalitas

Asumsi normalitas didapat dengan melihat bentuk histogram yang berbentuk kurva normal. Hasil output didapat histogram dengan kurva normal, sehingga asumsi normalitas terpenuhi. Asumsi normalitas dapat dilihat pada gambar 5.2.

Gambar 5.2 Asumsi Normalitas



perubahan 10% baik pada nilai *R square* koefisien B. Komunikasi dikeluarkan selanjutnya (*p value* 0,6), kemudian dilihat dilihat nilai *R square* dan nilai koefisien B, didapat tidak ada perubahan 10% baik pada nilai *R square* koefisien B.

Tabel 5.9 Analisis Awal Regresi Linear Ganda

Model	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	T	Sig.
	B	<i>Std. Error</i>	<i>Beta</i>		
(<i>Constant</i>)	59.21	27.15		2.18	.03
Pengetahuan	2.44	2.09	.2	1.17	.24
Kesadaran diri	.06	2.42	.01	.03	.98
Komunikasi	-1.06	2.02	-.07	-.52	.6
Penentuan tujuan	-1.76	2.4	-.15	-.74	.46
Pengambilan tindakan	3.61	4.6	.2	.79	.43
Usia	-.07	.18	-.06	-.39	.7
Jenis kelamin	4.74	2.8	.12	1.69	.09
Masa kerja	.16	.18	.15	.92	.36

Variabel Dependen: Penerapan budaya keselamatan pasien

Tabel 5.10 Proses Metode Enter

No	Komponen	Nilai <i>p value</i>	Perubahan <i>R square</i> /Koefisien B	Keputusan
1	Kesadaran diri	0,98	Tidak ada perubahan 10%	Dikeluarkan
2	Usia	0,7	Tidak ada perubahan 10%	Dikeluarkan
3	Komunikasi	0,6	Tidak ada perubahan 10%	Dikeluarkan
4	Penentuan tujuan	0,44	Tidak ada perubahan 10%	Dikeluarkan
5	Pengambilan tindakan	0,42	Tidak ada perubahan 10%	Dikeluarkan
6	Masa kerja	0,15	Tidak ada perubahan 10%	Dikeluarkan

Penentuan tujuan dikeluarkan selanjutnya (*p value* 0,44), kemudian dilihat dilihat nilai *R square* dan nilai koefisien B, didapat tidak ada perubahan 10% baik pada nilai *R square* koefisien B. Pengambilan tindakan dikeluarkan selanjutnya (*p value* 0,42), kemudian dilihat dilihat nilai *R square* dan nilai koefisien B, didapat tidak ada perubahan 10% baik pada nilai *R square* koefisien B. Masa kerja dikeluarkan

selanjutnya (*p value* 0,15), kemudian dilihat dilihat nilai *R square* dan nilai koefisien B, didapat tidak ada perubahan 10% baik pada nilai *R square* koefisien B. Hasil akhir dapat dilihat pada tabel 5.11 adalah didapat pengetahuan dan jenis kelamin yang mempunyai *p value* < 0,05 yaitu pengetahuan 0,00 dan jenis kelamin 0,03. Proses pengeluran dengan metode enter dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.11 Analisis Akhir Regresi Linear Ganda

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	68.62	13.61		5.04	.000
Pengetahuan	2.46	.84	.2	2.92	.00
Jenis kelamin	5.92	2.67	.15	2.22	.03

Variabel Dependen: Penerapan budaya keselamatan

Persamaan regresi didapat dengan *R square* didapat 0,07, artinya model regresi linear yang terpenuhi dapat menjelaskan 6,5% variabel penerapan budaya keselamatan pasien. Tabel Annova, didapat nilai *sig* = 0,00 dengan nilai *alpha* 5%. Kotak *coefficient*, didapat nilai konstanta (B) adalah 68,62 dengan nilai pengetahuan 2,46 dan nilai jenis kelamin 5,92. Persamaan regresinya adalah sebagai berikut:

Skema 5.1 Persamaan Regresi Linear Berganda

$$y = 68,62 + 2,46X_1 + 5,92X_2$$

Penerapan budaya keselamatan pasien = 68,62+ 2,46 pengetahuan
Head Nurse + 5,92 jenis
kelamin

Setiap kenaikan pengetahuan *Head Nurse* dalam kepemimpinan efektif, maka penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebesar 2,46 kali setelah dikontrol oleh variabel jenis kelamin perawat pelaksana. Perawat pelaksana perempuan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien akan lebih besar sebesar 5,92 kali setelah dikontrol pengetahuan *Head Nurse* dibanding perawat laki-laki.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menjawab perumusan masalah penelitian, membahas, menjelaskan makna hasil penelitian, membandingkan dengan penelitian lainnya dan teori yang mendukung serta bertolak belakang dengan hasil penelitian. Tahap akhir dari bab pembahasan ini adalah membuat kesimpulan peneliti sendiri.

6.1 Karakteristik Responden

6.1.1 Usia

Usia perawat pelaksana di rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangokusumo Jakarta pada rentang 20-55 tahun dengan rata-rata usia perawat pelaksana adalah 37 tahun. Hasil ini sesuai dengan keadaan sebenarnya, yaitu 60% perawat pelaksana berusia pada rentang produktif antara 20-40 tahun. Usia perawat pelaksana berada pada rentang usia produktif karena berkisar antara 19-59 tahun (Shawky, 2010).

Robbins and Judge (2008) yang menyatakan bahwa usia 20-40 tahun merupakan tahap dewasa muda. Tahap dewasa muda merupakan tahap saat seseorang memiliki perkembangan puncak dari kondisi fisik. Tahap dewasa muda ini juga merupakan tahap seseorang mulai memiliki karier yang jelas. Usia memiliki hubungan dengan produktivitas, tingkat absensi, dan kepuasan kerja individu tersebut. Produktivitas seseorang akan menurun dengan semakin bertambahnya usia, karena dengan bertambahnya usia maka terjadi penurunan kecepatan, kecekatan, kekuatan, koordinasi dengan berjalannya waktu dan adanya kebosanan yang berlarut-larut serta kurangnya rangsangan intelektual (Robbins, 2001).

Usia semakin bertambah, maka semakin sedikit kesempatan alternatif pekerjaan bagi seseorang dan kecil kemungkinan akan berhenti karena dengan masa kerja dengan masa kerja yang lebih panjang akan mendapatkan gaji yang lebih tinggi, dan tunjangan yang lebih beragam (Robbins & Judge, 2008; Sopiah (2008). Hurlock (2005) menyatakan kepuasan kerja akan meningkat pada usia

pertengahan. Hal ini terjadi dari hasil kerja dan prestasi yang telah dicapai dan imbalan yang semakin besar. Hasil penelitian ini berlawanan dengan pendapat Brown dalam As'ad (2000) yang menyatakan usia 25-54 tahun akan timbul ketidakpuasan pada dirinya. Wahab (2001) juga menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia perawat pelaksana dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di unit rawat inap RSU Labuang Baji Makassar.

Usia perawat pelaksana berhubungan positif dan berkekuatan lemah dengan penerapan budaya keselamatan pasien (*p value* < 0,05). Penelitian oleh Marpaung (2005) menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara usia perawat pelaksana dengan budaya kerja (*p value* < 0,05) yaitu perawat pelaksana yang berusia > 35 tahun berpeluang 2,098 kali daripada perawat pelaksana yang berusia < 35 tahun.

Karakteristik individu merupakan komponen yang berdampak langsung dengan penampilan kinerja dalam keselamatan pasien (Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon & Hughes, 2008). Penampilan kinerja ini akan berdampak pada kepuasan perawat pelaksana mengingat rata-rata usia perawat pelaksana di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo adalah usia produktif. Maryam (2009) menyatakan terdapat hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien dengan kepuasan perawat pelaksana pada tindakan yang paling dominan, yaitu identifikasi pasien, komunikasi, akurasi obat, dan injeksi. Perawat memiliki peran yang dominan dalam mencegah terjadinya kesalahan pengobatan, dengan membangun budaya keselamatan pasien, diantaranya pelaporan kejadian, mendidik diri sendiri dan sesama perawat, memberikan rekomendasi tentang perubahan dalam prosedur dan kebijakan, dan keterlibatan dalam identifikasi masalah (Ramsey, 2005).

Hasil penelitian ini berlawanan dengan pendapat Hikmah (2008) bahwa tidak terdapat hubungan antara usia staf yang 80% adalah perawat di RSUP Fatmawati dengan persepsi keselamatan pasien (*p value* > 0,05). Usia perawat pelaksana merupakan faktor yang tidak bisa sebagai faktor yang berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien secara tunggal karena masih ada faktor lain

dalam karakteristik responden maupun konsep sistem dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Walshe and Boaden (2006) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara tunggal, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus.

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan berlawanan dengan hasil penelitian. Hubungan yang positif dengan kekuatan lemah, berarti apabila faktor usia perawat pelaksana dikelola dengan baik sebagai kekuatan dalam isu ketenagaan, maka akan meningkatkan perilaku perawat pelaksana dalam menerapkan budaya keselamatan pasien sebesar 16%. Hubungan usia dengan penerapan budaya keselamatan pasien berdasarkan uraian di atas lebih banyak penelitian yang berlawanan daripada yang mendukung hasil penelitian. Usia produktif yang dimiliki RSCM ini merupakan kekuatan SDM perawat khususnya di gedung A. Perawat yang bekerja di gedung A merupakan perawat-perawat pilihan yang telah terseleksi menjadi perawat gedung A dari berbagai unit pelayanan keperawatan di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo. Usia perawat pelaksana di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo identik dengan masa kerja. Usia perawat pelaksana di gedung A juga menggambarkan kekuatan pengalaman kerja dan adaptasi terhadap lingkungan kerja yang lebih baik. Usia memberikan gambaran rentang produktivitas, kinerja, dan kepuasan kerja seseorang dalam bekerja.

Usia perawat pelaksana merupakan faktor karakteristik demografi yang tidak dapat diubah namun tetap diperlukan pengelolaan SDM yang tepat. Pengelolaan SDM ini adalah dengan pelatihan, pemberian jenjang karier dan penghargaan yang jelas, fasilitasi lingkungan kerja yang kondusif, uraian tugas yang jelas, kepemimpinan yang efektif dari manajer keperawatan. Hal ini dikarenakan usia pada hasil penelitian dan kesesuaian dengan keadaan sebenarnya di gedung A merupakan masa puncak karier seseorang, sehingga apabila tidak dikelola dengan baik akan mengakibatkan konflik, kejenuhan, *turn over*, ketidakdisiplinan, penurunan produktivitas kerja.

6.1.2 Jenis Kelamin

Karakteristik responden adalah sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebesar 93,2%, sedangkan laki-laki sebesar 6,8%. Hal ini sesuai dengan keadaan sebenarnya karakteristik perawat pelaksana di gedung A, jenis kelamin perempuan sebesar 85% dan laki-laki sebesar 15%.

Rolinson dan Kish (2001) menyatakan jenis kelamin perawat didominasi oleh perempuan, karena dalam sejarahnya keperawatan muncul sebagai peran *care taking* (pemberi perawatan) secara tradisional di dalam keluarga dan masyarakatnya. Kozier, Erb, Berman, dan Synder (2004) juga memberikan pendapat yang sama bahwa keperawatan muncul sebagai profesi yang sejarahnya berasal dari perspektif perempuan. Peran tradisional perempuan sebagai istri, ibu, saudara perempuan selalu dilibatkan dalam perawatan keluarga. Perempuan sebagai gender yang tergantung dan tunduk merasa terpanggil untuk memberikan perawatan di masyarakat. Perawatan yang diberikan berhubungan dengan kenyamanan, sehingga dalam peran perawat adalah memberikan *humanistic caring*, pemeliharaan, kenyamanan dan dukungan. Ollenburg and Moore (2002) menambahkan perawat adalah pekerjaan yang secara sosial diperankan oleh wanita yang memiliki komitmen tinggi terhadap pelayanan dan perawatan pasien.

Terdapat perbedaan antara perawat pelaksana berjenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien ($p \text{ value} < 0,05$). Perempuan lebih baik menerapkan budaya keselamatan pasien dibandingkan laki-laki. Hal ini didukung pendapat Yukie, Takako, dan Takemi (2001) melalui penelitiannya di Jepang yang menyatakan pembagian beban kerja perawat berdasarkan peran gender masih rendah. Permasalahan gender ini menjadi masalah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di klinik.

Robbins and Judge (2008) menambahkan ketidakhadiran lebih besar ditunjukkan pada pekerja wanita dibandingkan laki-laki di Amerika Utara karena masalah rumah tangga lebih besar dibebankan pada wanita dibandingkan laki-laki. Wanita, sebagai kelompok cenderung kurang puas dengan pekerjaan mereka daripada pria.

Hal ini tidak hanya disebabkan oleh situasi yang memaksa wanita untuk melakukan tugas-tugas yang lebih rendah daripada kemampuan dan pendidikan yang dimiliki, tetapi juga karena beban tugas lain yang dilakukannya sering terlalu berat sebagai seorang ibu dan istri (Hurlock, 2005). Lovrich and James (1983) dalam Triton (2009) juga menyatakan bahwa wanita lebih sering mengeluh karena pekerjaannya sering kurang dipercaya di tempat kerja dibandingkan laki-laki.

Marpaung (2005) menyatakan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin perawat pelaksana dengan penerapan budaya kerja di RSUD Adam Malik Medan. Penelitian Wahab (2001) juga menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin perawat pelaksana dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di unit rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar. Penelitian Hikmah (2008) juga menyatakan tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin perawat di RSUD Fatmawati dengan persepsi keselamatan pasien ($p \text{ value} > 0,05$). Wanita dan laki-laki memiliki peran yang sama dalam organisasi dalam pengaturan norma-norma, pengawasan kinerja staf, dan pemberian informasi. Hasil penelitian tentang *turn over* dan produktivitas kerja tidak menunjukkan perbedaan antara wanita dan laki-laki (Eagly & Johannesen, 2001).

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan berlawanan dengan hasil penelitian. Jenis kelamin perawat pelaksana yang sebagian besar wanita. Jenis kelamin perawat pelaksana yang sebagian besar wanita merupakan karakteristik demografi yang tidak bisa diubah, namun tetap diperlukan pengelolaan SDM yang tepat. Jenis kelamin memberikan gambaran rentang produktivitas, kinerja, dan kepuasan kerja seseorang dalam bekerja. Perlunya perhatian dengan lingkungan kerja yang memfasilitasi kebutuhan perempuan, misalnya ruang istirahat, keuangan dalam cuti hamil dan melahirkan, dan lain-lain.

Laki-laki yang menerapkan budaya keselamatan pasien kurang baik ini dikarenakan prosentase jumlahnya memang lebih sedikit apabila dibandingkan perempuan. Hal ini sesuai hasil penelitian dan kenyataan di ruang rawat inap terpadu gedung A sendiri. Pengelolaan SDM perawat pelaksana yang berjenis

laki-laki ini bukan berarti harus dikesampingkan, namun tetap perlu mendapat perhatian. Bentuk perhatiannya adalah penempatan *shif* malam yang berdinam adalah lebih banyak laki-laki dibandingkan perempuan, penunjukkan perawat laki-laki sebagai Ketua Tim ataupun Kepala Ruang, walaupun tetap kualifikasi tidak hanya secara subjektif berdasarkan gender saja. Penempatan perawat laki-laki pada ruang rawat inap bedah. Hal ini dikarenakan perawat laki-laki lebih tepat dalam pemberian asuhan keperawatan bedah ada *pre* dan *post* perawatan pasien dengan kasus bedah.

6.1.3 Masa Kerja

Hasil analisis tentang masa kerja, didapatkan bahwa rentang masa kerja perawat pelaksana di rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangokusumo Jakarta adalah 1-33 tahun dengan rata-rata masa kerja 14,7 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan keadaan karakteristik perawat pelaksana menurut masa kerja yang sebenarnya di gedung A, yaitu masa kerja perawat pelaksana lebih dari satu tahun sebesar 90%.

Masa kerja memberikan hubungan dengan produktivitas, tingkat absensi, dan kepuasan kerja seseorang. Senioritas merupakan masa seseorang menjalankan pekerjaan tertentu, di mana terdapat hubungan positif antara semakin lama seseorang bekerja dengan tingkat produktivitas mereka. Masa kerja juga berhubungan positif dengan kepuasan kerja (Robbins, 2001). Hal ini berlawanan dengan pendapat Wahab (2001) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia perawat pelaksana dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di unit rawat inap RSU Labuang Baji Makassar. Senioritas berhubungan negatif dengan tingkat absensi, yang berarti semakin lama seseorang bekerja, maka tingkat absensi semakin rendah (Robbins, 2001).

Masa kerja berhubungan positif dan berkekuatan lemah dengan penerapan budaya keselamatan pasien (*p value* < 0,05). Masa kerja akan memberikan pengalaman kerja yang lebih banyak pada seseorang. Pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja seseorang (Quinones, Ford, & Teachout, 2006). Hal ini didukung oleh

penelitian Marpaung (2005) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna tentang masa kerja perawat pelaksana dengan budaya kerja ($p \text{ value} < 0,05$). Hal ini juga berlawanan dengan penelitian Hikmah (2008) bahwa tidak terdapat hubungan antara masa kerja perawat di RSUP Fatmawati dengan persepsi keselamatan pasien ($p \text{ value} > 0,05$).

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. Masa kerja merupakan hal penting yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan SDM (Sumber Daya Manusia) khususnya keperawatan. Kemampuan perawat melakukan praktek profesional perlu dipertahankan, dikembangkan, dan ditingkatkan melalui manajemen SDM perawat yang konsisten dan disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pengembangan SDM di rumah sakit adalah untuk menciptakan iklim kerja yang menyenangkan dan memberikan kepuasan bagi staf dan pasien. Pengembangan SDM digambarkan sebagai suatu proses pengelolaan motivasi staf sehingga dapat bekerja secara produktif (Marquis & Houston, 2006).

Hal ini juga merupakan penghargaan bagi profesi keperawatan karena melalui manajemen SDM yang baik maka perawat mendapatkan kompensasi berupa penghargaan (*compensatory reward*) sesuai dengan apa yang telah dikerjakan. Masa kerja perawat memberikan gambaran positif dalam isu ketenagaan perawat. Masa kerja menggambarkan pengalaman seseorang dalam bekerja. Kemampuan tiap SDM dievaluasi dengan menggunakan supervisi baik secara langsung (observasi) maupun tidak langsung (melalui dokumentasi). kinerja perawat pelaksana disupervisi/dievaluasi oleh kepala ruangan dan perawat primer. Masa kerja dapat dievaluasi dengan penilaian kinerja dan pemberian penghargaan serta jenjang karir yang jelas.

6.1.4 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan sebagian besar perawat non profesional (SPR dan SPK) sebesar 78,6%, sedangkan 21,4% perawat profesional (DIII dan S1 Keperawatan). Hal ini berlawanan dengan keadaan sebenarnya di rawat inap terpadu gedung A

RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yaitu 15,4 % perawat dengan S1 Keperawatan; 75,6% dengan latar belakang pendidikan D3 Keperawatan; dan 9% dengan SPK. Hal ini dimungkinkan terjadi, perawat pelaksana senior dengan pendidikan non profesional (SPR dan SPK) menjadi responden penelitian. Perawat dengan latar belakang pendidikan SPR/SPK disebut perawat vokasional, sedangkan perawat dengan latar belakang pendidikan DIII dan S1 Keperawatan disebut perawat profesional (PPNI & Depkes RI, 2006).

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Soeroso (2003) yang menyatakan lebih dari 80% perawat masih berpendidikan rendah (SPK) di Indonesia. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta merupakan Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dan menjadi pusat rujukan nasional dari rumah sakit lainnya baik dari wilayah DKI Jakarta maupun luar DKI Jakarta. Hasil penelitian ini berlawanan dengan pendapat Soeroso (2003) yang menyatakan bahwa rumah sakit di kota besar, baik rumah sakit milik pemerintah maupun swasta, banyak perawat yang berpendidikan akademi dan sarjana bahkan pascasarjana.

Perawat pelaksana yang berpendidikan profesional (DIII dan S1 Keperawatan) dan non profesional (SPR dan SPK) tidak memiliki perbedaan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien (*p value* > 0,05). Hasil ini didukung dengan penelitian Marpaung (2005) yang menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna tentang tingkat pendidikan perawat pelaksana dengan budaya kerja (*p value* > 0,05) Hal ini didukung juga oleh penelitian Hikmah (2008) bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan perawat di RSUP Fatmawati dengan persepsi keselamatan pasien (*p value* > 0,05). Wahab (2001) juga menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia perawat pelaksana dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di unit rawat inap RSU Labuang Baji Makassar.

Hasil penelitian ini berlawanan dengan Rawlinson, Rennie & Clark (2001) yang menyatakan ada hubungan antara pendidikan formal dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman dalam pemberian tranfusi. Latar belakang pendidikan perawat berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien.

Terdapat survey berdasarkan *evidence based* di New Zealand, Amerika Serikat, dan Thailand didapatkan ada kenaikan insidensi faktor penyebab kematian pasien di RS pada tenaga perawat dengan latar belakang pendidikan campuran (RN, BSN, LPN), dan terdapat penurunan pada ketenagaan yang RN saja (Ridley, 2006).

Pendidikan merupakan suatu metode pengembangan organisasi di mana staf mendapatkan pengetahuan dan keterampilan untuk tujuan positif dan staf mendapat pengetahuan yang penting untuk penampilan kinerjanya dalam hal kognitif, psikomotor dan sikap. Pendidikan merupakan indikator yang menunjukkan kemampuan individu dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya (Hasibuan, 2008). Setiap individu harus termotivasi untuk belajar, bahkan motivasi belajar sebagian besar mulai dari diri sendiri (Sikula, 2000 dalam Mangkunegara, 2008).

Kegiatan pengembangan SDM dapat memberikan keuntungan baik bagi organisasi maupun individu. Bagi organisasi, didapatkan dengan pengembangan staf akan memikat pelamar yang berkualitas, menurunkan *turn over* karena kepuasan kerja meningkat dan potensi diakui, penggunaan teknologi dan sistem kerja baru, kualitas produk dan jasa terjamin, teridentifikasinya SDM yang handal sehingga terlihat para manajer dan supervisor masa depan. Bagi staf, antara lain membuat semakin adaptif dengan sifat pekerjaan, keterampilan meningkat, potensi kerja meningkat, kesempatan promosi atau pindah ke bagian yang lebih menguntungkan, meningkatkan motivasi dan kepuasan kerja, dan meningkatkan komitmen terhadap pekerjaan (Triton, 2009)

Pengembangan tenaga perawat merupakan salah satu proses yang berhubungan dengan manajemen SDM. Tujuan pengembangan tenaga perawat adalah membantu masing-masing perawat mencapai kinerja sesuai dengan posisinya dan untuk pengakuan/penghargaan terhadap kemampuan profesional tenaga perawat yang akan memaksimalkan pencapaian jenjang karir (Marquis & Houston, 2006).

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. Tingkat pendidikan perawat pelaksana merupakan faktor yang sangat perlu diperhatikan dalam upaya peningkatan dan pengembangan SDM dan bermanfaat bagi organisasi dan SDM itu sendiri. Walshe and Boaden (2006) juga menyatakan pendidikan sebagai komponen dalam membangun budaya keselamatan pasien. Peningkatan pendidikan sebagai kompetensi dasar seseorang dalam bekerja. Peningkatan pendidikan melalui pendidikan perawat berkelanjutan, transfer pengetahuan dengan diskusi.

Peningkatan pendidikan ini harus disertai kebijakan dari struktural mengingat masih adanya SPK di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo. Pengelolaan perawat pelaksana yang masih SPK adalah dengan pendidikan berkelanjutan minimal DIII Keperawatan sebagai perawat profesional pemula, mengingat perawat pelaksana dengan latar belakang SPK ini memiliki kelebihan dalam hal pengalaman kerja, masa kerja. Kebijakan pendidikan lanjut ini harus diikuti dengan fasilitasi pendidikan, misalnya dibiayai semua biaya pendidikan atau dibiayai separuhnya, pemberian kelonggaran waktu antara waktu bekerja dengan waktu kuliah, serta sosialisasi arti penting pendidikan bagi keperawatan.

6.1.5 Pelatihan yang Pernah Diikuti

Sebagian besar sudah pernah mengikuti pelatihan sebesar 92,7%. Hasil ini sesuai dengan keadaan sebenarnya di rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang menyatakan pelatihan sudah didapatkan perawat. Jenis pelatihan yang pernah didapatkan antara lain pelatihan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), pelatihan manajemen bangsal termasuk pelatihan kepemimpinan bagi kepala ruang didalamnya pada 2008, pelayanan prima, dan keselamatan pasien sudah pernah didapatkan *Head Nurse* dan perawat pelaksana di rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (Laporan Bidang Keperawatan RSCM, 2009). Pelatihan internal (*in house training*) tentang keselamatan pasien untuk perawat sudah dilakukan pada akhir 2007 dengan jumlah peserta 30-40 perawat.

Perawat pelaksana yang pernah mendapat pelatihan dan belum mendapat pelatihan tidak memiliki perbedaan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Hal ini didukung oleh penelitian Marpaung (2005) yang menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna tentang pelatihan perawat pelaksana dengan budaya kerja ($p \text{ value} > 0,05$).

Pengembangan SDM dapat berupa pendidikan informal melalui *on the job training* dan *out the job training*. *On the job training* yaitu pelatihan/bimbingan secara terus-menerus sambil bekerja, misalnya perawat pelaksana dapat meningkatkan kompetensinya dengan bimbingan Kepala Ruang atau Ketua Tim. *Out the job training* yaitu pelatihan yang diselenggarakan dalam kurun waktu tertentu (misalnya pelatihan 4 hari/lebih), perawat harus meninggalkan pekerjaannya sementara. Pelatihan yang diikuti oleh perawat akan dirancang sesuai dengan pengembangan kemampuan yang terkait (Marquis & Houston, 2006).

Pelatihan adalah proses sistematis perubahan perilaku para pegawai dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasi (Sulistiyani & Rosidah, 2003). Mangkunegara (2003) pelatihan diperuntukkan untuk pegawai pelaksana untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan teknis. Pelatihan adalah proses mengajarkan kepada karyawan baru atau karyawan yang telah ada tentang keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan mereka sebagai individu maupun sebagai anggota tim untuk mencapai sasaran yang ditetapkan dalam organisasi dengan sebaik-baiknya (Soeroso, 2003). Pelatihan kembali adalah pelatihan kembali karyawan dalam rangka menindaklanjuti penilaian prestasi kerja, perubahan peran dalam pengembangan karyawan atau memperkuat hasil pelatihan sebelumnya Soeroso (2003).

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. Latar belakang pelatihan yang pernah diikuti perawat merupakan hal penting yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan SDM (Sumber Daya Manusia). Walshe and Boaden (2006) juga menyatakan pelatihan sebagai

komponen dalam membangun budaya keselamatan pasien. Pelatihan ini dapat ditingkatkan dengan *job training* maupun *out job training/in house training* agar proses transfer ilmu dengan diskusi akan semakin meningkatkan pemahaman perawat pelaksana tentang konsep dan aplikasi penerapan budaya keselamatan pasien.

6.2 Kepemimpinan Efektif *Head Nurse*

Kepemimpinan efektif di rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangokusumo Jakarta sudah dilakukan dengan baik oleh *Head Nurse*. Kepemimpinan efektif merupakan kemampuan seorang pemimpin dalam memberikan keseimbangan antara pemberian tugas dan mengelola ketenagaan dan memfasilitasi pemecahan masalah dalam kesenjangan antara kemampuan, prosedur, struktur organisasi, dan motivasi. Seorang pemimpin efektif akan mampu mempengaruhi dan mengikutsertakan bawahannya dalam kegiatan organisasi dengan tujuan yang jelas berdasarkan target waktu yang sudah ditetapkan (Dollan & Sellwood, 2008).

Kepemimpinan efektif merupakan kemampuan pemimpin dalam mempengaruhi bawahan dalam pencapaian kesuksesan tujuan organisasi. Kepemimpinan ini menuntut penguasaan pemimpin akan tugas dan ketenagaan yang ada, sehingga kepuasan kerja dapat tercapai. Kepemimpinan efektif yang dimiliki *Head Nurse* sudah baik diterapkan di ruang rawat yang menjadi tanggung jawab masing-masing *Head Nurse*. Kepemimpinan efektif pada komunikasi dan penggunaan energi dan cukup baik pada pengetahuan, kesadaran diri, penentuan tujuan, dan pengambilan tindakan.

Kepemimpinan efektif *Head Nurse* berhubungan positif dan berkekuatan lemah dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Hal ini berarti apabila kepemimpinan efektif *Head Nurse* diterapkan dengan baik sebagai kekuatan dalam peran kepemimpinan dan manajerial kepala ruang, maka akan meningkatkan perilaku perawat pelaksana dalam menerapkan budaya keselamatan

pasien sebesar 17%. Penerapan budaya keselamatan pasien dapat dijelaskan oleh variabel lain selain kepemimpinan efektif sebesar 83%.

Hal ini menjawab perumusan masalah penelitian tentang hambatan yang masih dihadapi dalam penerapan budaya pasien. Leape dalam Buerhaus (2004) yang menyatakan bahwa salah satu hambatan yang paling penting dalam pelaksanaan program keselamatan pasien adalah kurangnya komitmen kepemimpinan. Penelitian ini memberikan gambaran bahwa kepemimpinan efektif sudah dilaksanakan baik dan tidak menjadi hambatan dalam penerapan budaya keselamatan pasien. IOM dalam *Canadian Nurse Association* (2004) menyatakan bahwa tindakan perawat dalam lingkup keselamatan pasien akan dipengaruhi oleh lingkungan kerja perawat. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien juga telah menjadi standar kelima dalam standar keselamatan pasien rumah sakit di Indonesia (Depkes RI, 2008 & Reis 2006).

Kepala ruang merupakan seorang perawat yang memiliki tanggung jawab, wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan perawatan di ruang rawat (Swanburg, 2000) serta memiliki tanggung jawab yang lebih besar dibandingkan perawat pelaksana dalam meyakinkan perawatan yang aman bagi pasien (Gillies, 2000). Kepemimpinan efektif kepala ruang merupakan salah satu faktor yang berperan dalam keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien (Wagner et al, 2009). Kepala ruang sebagai manajer lini pertama memiliki peran yang kritis dalam mendukung budaya keselamatan pasien dengan kepemimpinan efektif dalam menciptakan lingkungan yang positif bagi keselamatan pasien. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Capezuti, Rice, dan Wagner (2009) bahwa perawat manajer memiliki persepsi yang lebih positif terhadap budaya keselamatan pasien pada perawatan rehabilitasi dibandingkan perawat pelaksana di Amerika Serikat dan Kanada.

Penelitian yang dilakukan Nyoman (2002) menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kepemimpinan efektif pada enam sub variabel kepemimpinan efektif (pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, energi, tujuan, dan tindakan

dengan keberhasilan pelaksanaan pencegahan infeksi nosokomial khususnya tindakan mencuci tangan dan perawatan infus di RSUP Persahabatan Jakarta. Penelitian tentang kepemimpinan efektif juga dilakukan oleh Marpaung (2005), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kepemimpinan efektif pada subvariabel kepemimpinan (komunikasi, semangat, penentuan tujuan, tindakan) dengan budaya kerja perawat pelaksana di RSUP. H. Adam Malik Medan. Hal ini sesuai dengan Handiyani (2003) yang menyatakan terdapat hubungan peran dan fungsi kepala ruang dengan keberhasilan kegiatan upaya pengendalian infeksi nosokomial di RSUPN. Dr. Cipto Mangokusumo Jakarta. Mulyadi (2005) juga menyatakan terdapat hubungan kepemimpinan efektif kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSKM Cilegon.

Head Nurse sebagai kepala ruang berperan dan ikut terlibat dalam keberhasilan penerapan budaya positif keselamatan pasien di ruang rawat. Hal ini perlu mendapat perhatian dalam pengelolaan SDM karena *Head Nurse* sebagai sebagai manajer tingkat pertama dan menjadi perantara antara pihak manajemen dengan staf, sehingga bisa memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan ini membuat *Head Nurse* dapat menjadi fasilitator terbaik, sedangkan kekurangannya pada peran ganda dan berisiko mengalami konflik, baik konflik peran maupun konflik dengan orang lain (pihak manajemen maupun staf).

Hasil penelitian ini perlu dikaji lebih jauh variabel lain selain kepemimpinan efektif karena kepemimpinan efektif hanya mampu menjelaskan penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 17% berhubungan, sedangkan variabel lainnya sebesar 87%. Variabel lainnya merupakan bagian dari budaya keselamatan pasien positif. Budaya keselamatan lainnya yang perlu dikaji lagi adalah komitmen organisasi, penghargaan bagi staf yang menjalankan program keselamatan pasien dengan baik (Pronovost et al, 2003; Walshe & Boaden, 2006).

6.2.1 Pengetahuan

Pengetahuan baik dimiliki *Head Nurse*. Pengetahuan pemimpin diartikan sebagai pengetahuan tentang keilmuan dan keterampilan sebagai kompetensinya (Dollan & Sellwood, 2008). Pengetahuan yang harus dimiliki oleh pemimpin efektif meliputi pengetahuan kepemimpinan dan asuhan keperawatan (Tappen, 2004 & Gillies, 2000).

Hal ini didukung dengan diadakannya pertemuan 25 pemimpin keperawatan dalam konferensi keperawatan di Texas yang mendiskusikan evaluasi kompetensi perawat profesional. Kompetensi yang harus dimiliki pemimpin perawat diantaranya memiliki pengetahuan umum tentang keperawatan dan kemampuan menilai kemampuan klinik pemimpin perawat itu sendiri (Allen et al, 2008).

Pengetahuan merupakan komponen kepemimpinan efektif *Head Nurse* yang paling berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien setelah dikontrol jenis kelamin perawat pelaksana. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Capezuti, Rice, dan Wagner (2009) bahwa perawat manajer memiliki persepsi yang lebih positif terhadap budaya keselamatan pasien pada perawatan rehabilitasi dibandingkan perawat pelaksana di Amerika Serikat dan Kanada. *Head Nurse* sebagai pemimpin klinis secara berkesinambungan mengambil keputusan dalam mengambil tindakan yang tepat. Tindakan tepat yang diambil *Head Nurse* memiliki dua aspek penting, yaitu pengetahuan dan kemampuan berpikir kritis (Tappen, 2004).

Pengetahuan yang harus dimiliki pemimpin didapatkan dengan pendidikan dan pelatihan. Pendidikan dan pelatihan ini akan menambah kompetensi dasar dan keterampilan seorang pemimpin sebagai kekuatan pribadi dalam meningkatkan kemampuan untuk melakukan perubahan, dan sebagai menjadi agen berubah yang efektif (Shaw, 2007). Transfer pengetahuan pemimpin kepada bawahan akan memberikan informasi kepada bawahan akan apa yang pemimpin lakukan dan ketahui yang memberikan arah kepada bawahan dalam melakukan tindakan yang tepat (Wise & Kowalski, 2006).

Allan et al dalam Hyrkas (2008) menyebutkan pengelolaan *Head Nurse* sebagai komponen SDM keperawatan akan berpengaruh terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan dengan meningkatkan kompetensi pengetahuan *Head Nurse* sendiri. Transfer pengetahuan tentang keselamatan pasien masih menjadi penyebab masih tingginya kejadian tidak diharapkan (AHRQ, 2003 dalam PERSI-KARS, 2006). Hal ini menjadikan peningkatan kompetensi pengetahuan bagi *Head Nurse* penting mendapat perhatian. Transfer pengetahuan ini diantaranya dari *Head Nurse* kepada stafnya.

Peningkatan pengetahuan seorang *Head Nurse* adalah pengetahuan tentang fungsi pengorganisasian. Budaya keselamatan pasien merupakan transformasi budaya menuju budaya positif yang memerlukan peran pemimpin. Pengorganisasian dalam budaya keselamatan pasien yang dilakukan pemimpin adalah menentukan orang-orang yang terlibat dalam kegiatan ini (Callahan & Ruchlin, 2003). Pengorganisasian dalam keselamatan pasien adalah dengan tim keselamatan pasien di rumah sakit (Yahya, 2006). Fungsi manajemen pada pengorganisasian adalah pengetahuan tentang struktur organisasi, termasuk uraian tugas staf dan departemen (Marquish & Houston, 2000).

Makinen, Kivimaki, Elovainio, Virtanen & Bond (2003) menyatakan bahwa fungsi pengorganisasian merupakan faktor yang berpengaruh dengan kepuasan kerja perawat di beberapa rumah sakit Finlandia. Maryam (2009) menyatakan terdapat hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien dengan kepuasan perawat pelaksana pada tindakan yang paling dominan, yaitu identifikasi pasien, komunikasi, akurasi obat, dan injeksi. Budaya keselamatan positif menurut Pronovost et al (2003) adalah karakteristik budaya keselamatan pasien yang proaktif, meliputi komitmen dari pimpinan untuk mendiskusikan dan belajar dari kesalahan, Walshe and Boaden (2006) juga berpendapat budaya keselamatan pasien positif meliputi komunikasi yang didasarkan pada kepercayaan dan terbuka, proses dan alur informasi yang baik, persepsi bersama tentang arti penting keselamatan pasien, pembelajaran organisasi.

Hasil penelitian ini berlawanan dengan penelitian Marpaung (2005) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna tentang pengetahuan perawat pelaksana dengan budaya kerja ($p \text{ value} > 0,05$). Handiyani (2003) juga menyatakan tidak terdapat hubungan bermakna antara peran informasional kepala ruang dengan keberhasilan kegiatan upaya pengendalian infeksi nosokomial di RSUPN. Dr. Cipto Mangukusumo Jakarta. Mulyadi (2005) juga menyatakan tidak terdapat hubungan pengetahuan kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSKM Cilegon.

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. Fungsi pengorganisasian perlu ditingkatkan *Head Nurse* dengan pembentukan tim keselamatan pasien di ruang rawat, uraian tugas yang jelas. Hal ini mengingat keadaan sebenarnya di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo hanya memiliki satu perawat sebagai penanggung jawab keselamatan pasien, uraian tugas masih tumpang tindih sebagai supervisor dua ruang rawat lantai tujuh. Ruang rawat sudah memiliki satu penanggung jawab keselamatan pasien, namun masih tercampur dengan uraian tugas perawat infeksi nosokomial (ICN). Hal ini menjadi penting untuk meningkatkan kemampuan *Head Nurse* dalam menerapkan kepemimpinan efektif di ruang rawat masing-masing pada pengetahuan dengan pendidikan perawat berkelanjutan, *in house training* tentang *workshop* dan *outbond* kepemimpinan, dan pelatihan budaya keselamatan pasien.

6.2.2 Kesadaran Diri

Kesadaran diri baik dimiliki *Head Nurse*. Pengenalan terhadap diri sendiri merupakan tahapan berikutnya untuk menjadi pemimpin yang efektif. Seorang pemimpin harus mampu berpikir, merasa dan berinteraksi terhadap lingkungan lain yang semakin lama akan mengalami perubahan. Pemimpin harus mempunyai integritas, prinsip, komitmen, dan kejujuran dalam menjalankan peran dan fungsinya (Dollan & Sellwood, 2008).

Kesadaran diri yang dimiliki *Head Nurse* berhubungan positif dan berkekuatan lemah dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Kanter dalam Shaw (2007) kepercayaan diri seorang pemimpin berperan dalam menciptakan hubungan yang nyaman di tempat kerja sehingga bawahan dapat bekerja dengan baik. Kepercayaan diri adalah harapan sukses seseorang yang menghubungkan harapan dan kinerja. Seorang pemimpin harus mampu berpikir, merasa dan berinteraksi terhadap lingkungan lain yang semakin lama akan mengalami perubahan. Pemimpin harus mempunyai integritas, prinsip, komitmen, dan kejujuran dalam menjalankan peran dan fungsinya (Dollan & Sellwood, 2008). Pemimpin dalam mempertahankan budaya keselamatan pasien haruslah berani mengambil keputusan yang tidak populer dan mengikuti suara hati (Welch, 2006 dalam Cahyono, 2008).

Kesadaran diri merupakan salah satu kemampuan emosional pemimpin juga merupakan bentuk kesadaran pemimpin selain pengaturan diri sendiri, motivasi diri sendiri, empati, kemampuan bersosialisasi. Kemampuan emosional ini juga disebut sisi *soft skill* seorang pemimpin. Seorang pemimpin harus mampu mengendalikan emosi, suasana hati, dan faktor lain yang bisa berpengaruh pada perasaan dan perilaku pemimpin. Hal ini karena dapat berpengaruh kepada orang lain termasuk bawahan, karena seorang pemimpin adalah sosok panduan bagi bawahan (Wise & Kowalski, 2007). Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, diperlukan pemimpin dalam menciptakan budaya terbuka dan adil yang merupakan langkah pertama dalam menerapkan keselamatan pasien rumah sakit (Depkes, 2008).

Penelitian Marpaung (2005) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna tentang kesadaran diri kepala ruang dengan dengan budaya kerja perawat pelaksana ($p \text{ value} > 0,05$). Mulyadi (2005) juga menyatakan tidak terdapat hubungan antara kesadaran diri kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSKM Cilegon.

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. Kesadaran diri seorang *Head Nurse* akan mempengaruhi hubungan dengan bawahan. Kesadaran diri ini perlu ditingkatkan dengan pengaturan diri sendiri melalui *emotional intelligence, spiritual, intelligence dan social intelligence*, motivasi diri sendiri, empati, meningkatkan sosialisasi.

6.2.3 Komunikasi

Head Nurse memiliki kemampuan komunikasi yang baik. Komunikasi merupakan bagian penting dalam kepemimpinan. Komunikasi dapat secara verbal, tertulis, maupun lisan. Kepemimpinan tidak dapat terjadi tanpa interaksi dengan orang lain, hal ini menjadikan pentingnya menjaga keberlangsungan dalam interaksi. Keterampilan komunikasi dapat berupa mendengar aktif, mendorong saluran informasi, asertif, memberikan umpan balik, upaya menciptakan perantara apabila terdapat masalah dalam komunikasi, membentuk jaringan, menyatakan komunikasi sebagai visi (Tappen, 2004).

Kemampuan berkomunikasi yang dimiliki *Head Nurse* berhubungan positif dan berkekuatan lemah dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Komunikasi merupakan bagian penting dalam kepemimpinan. Komunikasi sebagai kompetensi mendasar seorang pemimpin menurut *American Organization of Nurses Execution (AONE)*, 2005 dalam berinteraksi dengan rekan sesama pemimpin, pengikut dan karyawan lainnya. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien dengan mendorong dan menumbuhkan komunikasi melalui pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien menjadi standar keselamatan pasien (Depkes, 2008). Komunikasi merupakan bagian penting dalam keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien (Callahan & Ruchlin, 2003).

Penelitian Marpaung (2005) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna tentang komunikasi kepala ruang dengan dengan budaya kerja perawat pelaksana ($p \text{ value} < 0,05$). Mulyadi (2005) juga menyatakan tidak terdapat hubungan antara komunikasi kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana

dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSKM Cilegon.

Komunikasi merupakan salah satu bentuk fungsi pengarahan dalam fungsi manajemen keperawatan. Fungsi pengarahan manajer dalam pelaksanaan keselamatan pasien adalah dengan ronde keselamatan pasien yang terdiri dari perawat senior dan 1-2 perawat ruangan, dilakukan supervisi setiap minggu pada area yang berbeda di rumah sakit dan berfokus hanya pada masalah keselamatan (Yahya, 2006).

Manfaat dari ronde keselamatan pasien adalah: meningkatkan kepedulian akan masalah-masalah keselamatan pasien; memperlihatkan bahwa keselamatan menjadi prioritas utama bagi manajer senior. Manfaat ronde keselamatan lainnya yaitu membantu membangun budaya adil dan terbuka dengan mendorong staf membicarakan insiden dengan terbuka; suatu cara untuk mengumpulkan informasi dan pendapat dari staf agar pelayanan pasien lebih aman; cara berbagi informasi yang diperoleh dari berbagai unit di rumah sakit (Yahya, 2006).

Bentuk lain dari fungsi pengarahan pimpinan adalah dengan melakukan *briefing tim*. Yahya (2006) menyatakan bahwa *briefing tim* adalah cara sederhana bagi staf untuk berbagi informasi tentang isu-isu keselamatan pasien yang potensial dapat terjadi dalam kegiatan sehari-hari. *Briefing tim* sangat ideal untuk departemen yang bekerja secara tim, pergantian atau kegiatan tertentu (misalnya tindakan operasi, rawat inap/rawat jalan, ambulans).

Briefing tim seharusnya membicarakan topik yang dibicarakan jelas, misalnya keselamatan pasien; terbuka dan adil, tiap-tiap orang dihargai dan memiliki kesempatan berbicara; singkat, paling lama 15 menit setiap pergantian shift atau tindakan operasi; difasilitasi dengan baik, perlu pelatihan sebagai fasilitator; diimbangi dengan kegiatan *debriefing* pada akhir kerja/pergantian shift. Pemimpin bertanggung jawab menciptakan suasana kerja yang kondusif, di mana staf perlu

untuk bisa berbagi isu tentang keselamatan pasien dalam suatu lingkungan yang terbuka dan perlakuan yang adil.

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. Perlunya peningkatan kompetensi *Head Nurse* dalam berkomunikasi dengan staf dan budaya komunikasi dalam keselamatan pasien, yaitu ronde keselamatan pasien, *briefing*, dan *debriefing* tim.

6.2.4 Penggunaan energi

Head Nurse menggunakan energi dengan baik di ruangan. Hal-hal yang perlu diperhatikan tentang penggunaan energi oleh pemimpin yaitu: energi yang tinggi dapat meningkatkan keefektifan pemimpin, karena ketika pemimpin berinteraksi dengan orang lain, maka energinya akan secara tidak langsung berdampak kepada bawahannya. Energi tidak hanya pada kekuatan fisik, namun juga pengaturan perasaan. Antusias, semangat dan gairah yang besar yang dapat berpengaruh ke bawahannya dalam bertindak dan memberikan inspirasi kepada bawahannya untuk bekerja lebih baik (Dollan & Sellwood, 2008).

Penggunaan energi *Head Nurse* tidak berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Hal ini bertentangan dengan pendapat Marpaung (2005) yang menyatakan penggunaan energi berupa semangat merupakan komponen kepemimpinan efektif kepala ruang yang paling berhubungan dengan budaya kerja perawat pelaksana di RSUP. H. Adam Malik Medan.

Welch (2006) dalam Cahyono (2008) juga menyebutkan pemimpin perlu mempengaruhi kehidupan orang lain, memancarkan energi positif dan optimisme. Seorang pemimpin juga perlu melakukan pemberian inspirasi untuk berani mengambil risiko dan belajar dengan memberikan teladan serta merayakan keberhasilan. Penggunaan energi ditambahkan Shaw (2007) dengan keberanian pemimpin untuk mau mengambil risiko yang tepat dan komitmen yang jelas untuk memotivasi nilai dan keyakinan staf yang tidak nyata tergambarkan (*explicit*

value and belief). Pemberian semangat pada bawahan diartikan juga memberikan sesuatu yang terbaik, menyemangati, dan mempengaruhi pola pikir bawahan yang positif (Wise & Kowalski, 2006).

Penelitian Marpaung (2005) yang menyatakan bahwa penggunaan energi kepala ruang merupakan komponen yang paling berhubungan dengan budaya kerja perawat pelaksana ($p \text{ value} < 0,05$). Mulyadi (2005) juga menyatakan tidak terdapat hubungan antara penggunaan energi kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSKM Cilegon.

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. Tidak ada hubungannya penggunaan energi dengan penerapan budaya keselamatan pasien dimungkinkan karena penguatan pada karakteristik perawat pelaksana yang berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien yaitu pendidikan perawat pelaksana yang sebagian besar SPR/SPK, sehingga penguatan energi dirasakan tidak dominan dibutuhkan. Usia perawat pelaksana yang usia produktif juga dirasakan tidak dominan memerlukan penguatan energi oleh *Head Nurse*. Karakteristik perawat pelaksana yang sebagian besar adalah perempuan juga tidak memerlukan penguatan energi oleh *Head Nurse*, karena memiliki kesamaan gender dengan *Head Nurse* sendiri di mana *Head Nurse* yang berjenis kelamin perempuan sebesar 90%.

Tidak berhubungannya penggunaan energi dengan penerapan budaya keselamatan pasien bukan berarti *Head Nurse* tidak memerlukan sama sekali penggunaan energi dalam kepemimpinan efektifnya. Hal ini dapat ditambahkan dengan penguatan komponen kepemimpinan efektif lainnya yaitu pengetahuan, penentuan tujuan, peningkatan kesadaran diri, pengambilan tindakan dalam mengelola ruangan dan staf menuju keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien.

6.2.5 Penentuan Tujuan

Head Nurse baik dalam menentukan tujuan di ruang rawat. Tujuan akan memberikan arah terhadap hasil. Pemimpin berperan dalam mempengaruhi dirinya sendiri dan pengikutnya untuk pencapaian tujuan. Tujuan yang jelas oleh pemimpin harus disampaikan kepada bawahannya dan melibatkan bawahan dalam merumuskannya (Dollan & Sellwood, 2008). Pemimpin harus mampu mensosialisasikan visi organisasi dan visi pribadi kepada staf organisasi sebagai visi bersama. Tujuan akan memberikan arah terhadap hasil (Shaw, 2007).

Penentuan tujuan termasuk dalam fungsi manajerial pada perencanaan. Perencanaan yang matang akan memberi petunjuk dan mempermudah dalam melaksanakan suatu kegiatan dan merupakan pola pikir yang dapat menentukan keberhasilan suatu kegiatan dan titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan selanjutnya (Marquis & Houston, 2006).

Kemampuan yang dimiliki *Head Nurse* dalam menentukan tujuan berhubungan positif dan bekekyatan lemah dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan di masa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan merupakan bagian dari perencanaan (Marquis & Houston, 2006).

Perencanaan pemimpin keperawatan dalam keselamatan pasien (Yahya, 2006) adalah menyusun "Deklarasi/Pernyataan" awal gerakan keselamatan pasien atau "Pencanangan" tentang tekad untuk memulai aktivitas keselamatan pasien. Isi pernyataan mengandung elemen: pernyataan bahwa keselamatan pasien sangat penting dan menjadi prioritas; komitmen tentang tanggung jawab eksekutif dalam keselamatan pasien; aplikasikan pengetahuan dan keterampilan yang mutakhir; berlakukan pelaporan yang jujur (*blameless reporting*).

Perencanaan dalam budaya keselamatan pasien oleh seorang pemimpin keperawatan meliputi pengembangan visi ke depan untuk memberikan pedoman kegiatan saat ini dan juga strategi untuk mencapai visi tersebut (Callahan &

Ruchlin, 2003). Perencanaan pelatihan dan pendidikan keselamatan pasien, perencanaan sumber daya yang ada (SDM dan fasilitas) (IOM, 2004 dalam Thompson et al, 2005). Welch (2006) dalam Cahyono (2008) menambahkan seorang pemimpin perlu memastikan anak buah tidak hanya melihat visi, namun juga harus berani menjiwai visi tersebut.

Perencanaan pemimin terkait upaya keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien sudah dilakukan. Hal ini diwujudkan dengan dimasukkannya budaya keselamatan pasien dalam visi gedung A, yaitu meningkatkan kualitas pelayanan bagi kesehatan dan kenyamanan, serta nilai-nilai yang dianut. Nilai yang dianut yaitu berorientasi pada nilai keselamatan pasien, tidak cepat puas dan terus melakukan upaya perbaikan.

Penelitian Marpaung (2005) menyatakan, terdapat hubungan bermakna antara penentuan tujuan kepala ruang dengan dengan budaya kerja perawat pelaksana (p value < 0,05).. Handiyani (2003) menyatakan ada hubungan antara pelaksanaan fungsi perencanaan kepala ruang dengan keberhasilan upaya kegiatan pengendalian infeksi nosokomial di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo jakarta, di mana kepala ruang yang menjalankan peran perencanaan dengan baik akan meningkatkan keberhasilan pengendalian infeksi nosokomial sebesar 8,9 kali dibandingkan kepala ruang yang kurang baik melaksanakan fungsi perencanaan. Mulyadi (2005) memberikan pernyataan yang berlawanan dengan hasil penelitian dan pendapat dari Marpaung (2005) dan Handiyani (2003), yaitu tidak terdapat hubungan antara penentuan tujuan kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSKM Cilegon

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. *Head Nurse* perlu meningkatkan kemampuannya dalam menentukan tujuan khususnya dalam keberhasilan program budaya keselamatan di ruang rawat masing-masing. Hal ini dilakukan dengan pembuatan poster kecil

tentang deklarasi/pencanangan program budaya keselamatan pasien yang dibuat dan disosialisasikan dengan ditempel di dinding ruang jaga perawat.

6.2.6 Pengambilan Tindakan

Head Nurse cukup memiliki kemampuan dalam mengambil tindakan. Pemimpin efektif adalah berorientasi pada penentuan tindakan. Pemimpin harus mengambil tindakan berdasarkan keenam komponen yang lainnya. Tindakan pemimpin efektif harus memperhatikan yaitu, pemimpin berorientasi pada kemampuan sebelum melakukan; tidak perlu menunggu orang lain dalam melakukan tindakan; melakukan perencanaan sebelum bertindak; bekerja sama dengan orang lain dalam bertindak; bertindak secara profesional, mampu mengambil keputusan, mampu memberikan ide-ide; menggunakan teknik-teknik kepemimpinan dalam bertindak (Tappen, 2004).

Kemampuan *Head Nurse* mengambil tindakan berhubungan positif dan berkekuatan lemah dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Welch (2006) dalam Cahyono (2008) menyebutkan seorang pemimpin perlu memastikan bahwa pertanyaan bawahannya perlu dijawab dengan tindakan. Pemimpin juga perlu meneliti dan mendorong dengan rasa ingin tahu dan menjauhi sikap skeptis terhadap stafnya

Penelitian Marpaung (2005) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pengambilan tindakan kepala ruang dengan dengan budaya kerja perawat pelaksana ($p \text{ value} < 0,05$). Mulyadi (2005) juga menyatakan tidak terdapat hubungan antara pengambilan tindakan kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSKM Cilegon.

Pengambilan keputusan merupakan bagian dari fungsi pengendalian dalam manajemen keperawatan. Pengendalian dalam budaya keselamatan pasien adalah dengan memberikan umpan balik kepada staf, audit pelaporan terhadap kejadian

kesalahan, pengambilan tindakan korektif/perbaikan baik sebelum atau sesudah terjadi kesalahan (Callahan & Ruchlin, 2003).

Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat dan juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. *Head Nurse* perlu meningkatkan kemampuan mengambil tindakan ini dengan pengambilan keputusan yang cepat dan tepat, pemberian sanksi dan penghargaan bagi staf yang mematuhi aturan maupun melanggar aturan program budaya keselamatan pasien.

6.3 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien diterapkan dengan baik di rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangokusumo Jakarta. Menurut O Toole yang dikutip Jianhong (2004) budaya keselamatan di pelayanan kesehatan diartikan sebagai keyakinan, nilai perilaku yang dikaitkan dengan keselamatan pasien yang secara tidak sadar dianut bersama oleh anggota organisasi termasuk perawat pelaksana yang secara langsung terlibat dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman bagi pasien.

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, karena apabila kita lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan hasil keselamatan yang lebih apabila dibandingkan hanya menfokuskan pada programnya saja (Fleming, 2006). Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil merupakan langkah pertama dalam menerapkan keselamatan pasien rumah sakit (Depkes, 2008). Walshe and Boaden (2006) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus.

6.3.1 Kerja sama unit

Kerja sama unit baik diterapkan dalam budaya keselamatan pasien dan merupakan komponen yang paling rendah. *Canadian Nurse Association* (2004) menyatakan kerja sama menjadi faktor yang menghambat pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan yang aman bagi pasien. melakukan penelitian meta analisis yang mengidentifikasi pengaruh kerja tim dengan penampilan kinerja individu dalam melaksanakan keselamatan pasien. Walshe and Boaden (2006) menambahkan kerja tim menghasilkan penampilan kinerja individu yang lebih baik pada komunikasi dan tugas, selain itu manfaat kerja tim adalah penghargaan diri, kesejahteraan psikologis, dan dukungan sosial.

Hal ini berlawanan dengan Hamdani (2007) yang menyatakan bahwa faktor penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Jakarta dipersepsikan kuat pada kerja sama tim. *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) juga memberikan pernyataan yang berlawanan dengan hasil penelitian pelaksanaan budaya keselamatan pasien yang menyatakan kerja sama merupakan komponen budaya keselamatan pasien yang paling tinggi diterapkan yaitu sebesar 79% (Nadzam, 2009).

6.3.2 Komunikasi Terbuka

Komunikasi terbuka diterapkan dengan baik oleh perawat pelaksana. Perawat berperan dalam meningkatkan komunikasi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Perawat berperan dalam siklus komunikasi dalam keselamatan pasien (ICN, 2002). Komunikasi mempunyai arti penting dalam keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan (Depkes RI, 2008). Hal ini berlawanan dengan AHRQ (2003) dalam PERSI-KARS (2006) yang menyatakan penyebab KTD yang paling sering terjadi adalah masalah komunikasi. Hal ini juga berlawanan dengan *Canadian Nurse Association* (2004) yang menyatakan komunikasi masih menjadi faktor yang menghambat pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan yang aman bagi pasien.

6.3.3 Respon Tidak Menghukum Terhadap kesalahan

Respon tidak menghukum terhadap kesalahan baik diterapkan perawat pelaksana dalam menerapkan budaya keselamatan pasien dan komponen paling tinggi. *Canadian Nurse Association* (2004) yang menyatakan respon tidak menghukum terhadap kesalahan masih menjadi faktor yang menghambat pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan yang aman bagi pasien. Walshe and Boaden (2006) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara tunggal, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus.

Yahya (2006) berpendapat tenaga profesional adalah perfeksionis sehingga apabila terjadi kesalahan, maka akan mengakibatkan permasalahan psikologis sehingga akan berdampak pada penurunan kinerja. Hal ini berlawanan dengan *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* dengan survey rumah sakit tentang pelaksanaan budaya keselamatan pasien yang menyatakan respon tidak menghukum terhadap kesalahan merupakan komponen paling rendah penerapannya yaitu sebesar 44% (Nadzam, 2009). Hal ini juga berlawanan dengan *Canadian Nurse Association* (2004) yang menyatakan budaya menyalahkan terhadap kejadian masih menjadi faktor yang menghambat pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan yang aman bagi pasien.

6.3.4 Pelaporan Kejadian

Pelaporan kejadian baik diterapkan oleh perawat pelaksana. Pelaporan kejadian merupakan suatu sistem yang penting dalam membantu mengidentifikasi masalah keselamatan pasien dan dalam menyediakan data pada organisasi dan sistem pembelajaran (Walshe & Boaden, 2006). Perawat pelaporan berperan dalam melaporkan kejadian kesalahan (ICN, 2002).

Perawat pelaksana dalam menerapkan budaya keselamatan pasien sudah baik. Budaya keselamatan pasien merupakan komitmen bersama semua komponen dalam organisasi pelayanan kesehatan termasuk perawat pelaksana. Budaya

keselamatan merupakan pondasi dasar dalam mewujudkan keberhasilan sistem keselamatan pasien. Budaya keselamatan perlu dipertahankan dan ditingkatkan penerapannya dengan pelatihan kembali, perlombaan penerapan budaya keselamatan pasien pada masing-masing unit pelayanan keperawatan di rumah sakit, supervisi, diskusi antar unit tentang budaya keselamatan pasien, peningkatan budaya keselamatan yang lainnya seperti pembelajaran dari kejadian, dukungan dari pihak manajemen, dan lain-lain.

6.2 Keterbatasan Penelitian

6.2.1 Kualitas Data

Data yang diambil adalah data sewaktu, dan dengan instrumen kuesioner. Hal ini akan mempengaruhi kualitas hasil data yang diteliti. Kualitas data akan lebih kaya apabila ditambahkan dengan metode observasi, dan desain *cohort*. Hal ini karena mengukur perilaku yang menjadi budaya akan lebih tepat dengan observasi pada kurun waktu tertentu. Keterbatasan peneliti adalah mempertimbangkan waktu penelitian yang relatif singkat apabila direntangkan dari proses studi pendahuluan sampai penyusunan tesis ini.

6.2.2 Kuesioner A (Identitas Responden)

Peneliti tidak mengecek kembali pertanyaan pelatihan yang pernah diikuti pada kuesioner A (identitas responden). Peneliti awalnya ingin mengetahui gambaran prosentase pelatihan keselamatan pasien yang pernah diikuti perawat pelaksana, namun hasil penelitian yang didapat adalah prosentase pelatihan secara umum yang pernah didapatkan perawat pelaksana, sehingga gambaran pelatihan keselamatan pasien tidak didapatkan secara akurat.

6.3 Implikasi Keperawatan

Implikasi meliputi implikasi pelayanan keperawatan, implikasi keilmuan, dan implikasi penelitian.

6.3.1 Implikasi Pelayanan Keperawatan

Karakteristik perawat pelaksana di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta cukup beragam, yaitu rata-rata usia produktif, berpengalaman, sebagian besar perempuan, tingkat pendidikan sebagian besar perawat non-profesional dan sudah pernah mengikuti pelatihan. Hal ini memerlukan pengelolaan, pengembangan, dan pemberdayaan SDM perawat pelaksana yang baik dan tepat melalui pendidikan berlanjut, pelatihan, supervisi, dan penilaian kinerja. Pengembangan karyawan dapat berupa penghargaan kepada perawat pelaksana yang baik menerapkan budaya keselamatan pasien perlu dibudayakan dan ditingkatkan mengingat pembudayaan penghargaan secara spesifik pada penerapan budaya keselamatan pasien di gedung A belum tersosialisasi dan belum tersusun draf bentuk penghargaan.

Pemberdayaan SDM perawat pelaksana akan berdampak positif pada tingkat produktivitas, kepuasan kerja. Peningkatan produktivitas dan kepuasan kerja perawat pelaksana ini sangatlah perlu mendapat perhatian karena akan berpengaruh terhadap mutu pelayanan keperawatan. Pengelolaan dan pemberdayaan SDM yang tidak baik akan menimbulkan penurunan produktivitas, turn over perawat, retensi perawat, kedisiplinan, kejenuhan, konflik dan ketidakpuasan perawat yang akhirnya dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan termasuk budaya keselamatan pasien dalam upaya mewujudkan keberhasilan program keselamatan pasien.

Mutu pelayanan keperawatan akan mudah dipersepsikan oleh klien (pasien, keluarga, dan masyarakat). Hal ini mengingat perawat pelaksana sebagai SDM kesehatan yang berkontak langsung dengan pasien. dan masyarakat), berkontak paling lama dengan pasien, jumlah tenaga perawat 40-60% tenaga kesehatan di rumah sakit.

Kepemimpinan efektif yang baik dari *Head Nurse* akan mempengaruhi penampilan kerja suatu ruang rawat, karena *Head Nurse* adalah pemimpin perawat di ruang rawat yang memiliki posisi yang strategis sebagai fasilitator antara

manajer tengah keperawatan dengan staf perawat di ruangan. Pemberdayaan *Head Nurse* yang kurang tepat akan menimbulkan konflik dan penurunan penampilan kerja ruang rawat, yang nantinya juga akan mempengaruhi terhadap mutu pelayanan keperawatan.

Kompetensi pengetahuan yang harus dimiliki seorang *Head Nurse* dalam memberikan pengaruh dan *role model* bagi stafnya termasuk perawat pelaksana serta mengatur dan mengelola kinerja perawat pelaksana di ruang rawat perlu ditingkatkan. Bentuk peningkatan kompetensi dasar pengetahuan *Head Nurse* dapat melalui pendidikan berlanjut, pelatihan budaya keselamatan pasien/pelatihan kepemimpinan, bentuk-bentuk diskusi keperawatan untuk transfer pengetahuan antara *Head Nurse* dengan staf keperawatan.

Penerapan budaya keselamatan pasien ini merupakan prinsip dasar yang perlu dipertahankan dan ditingkatkan penerapannya untuk menciptakan keberhasilan program keselamatan pasien rumah sakit. Upaya mempertahankan budaya keselamatan pasien dengan ronde keselamatan pasien, *briefing-debriefing* keselamatan pasien, lomba penerapan budaya keselamatan pada masing-masing unit pelayanan keperawatan rumah sakit. Upaya meningkatkan budaya keselamatan pasien dapat melalui pelatihan budaya keselamatan pasien bagi perawat pelaksana, *Head Nurse* menyusun tim keselamatan pasien di ruang rawat dengan struktur organisasi dan uraian tugas yang jelas, dan budaya pemberian penghargaan untuk upaya pembelajaran ke arah yang lebih baik

6.3.2 Implikasi Keilmuan

Hasil penelitian ini menambah kepustakaan keterlibatan perawat dalam keberhasilan program keselamatan pasien khususnya budaya keselamatan pasien. Sumber kepustakaan mengenai keterlibatan peran perawat dalam keberhasilan pada kepemimpinan efektif dan penerapan program budaya keselamatan pasien khususnya oleh perawat pelaksana di Indonesia masih sangat kurang.

Hasil penelitian ini tentang kepemimpinan efektif dalam penerapan budaya keselamatan pasien dapat dijadikan bagian dari manajemen mutu keperawatan dan kepemimpinan dalam keperawatan dalam kurikulum pendidikan keperawatan. Pengembangan ilmu keperawatan berdasarkan evidence based of nursing practice merupakan hal yang menjadi isu penting dan perlu ditingkatkan. Hal ini mengingatkan profesi keperawatan sebagai profesi yang memberikan pelayanan kepada manusia secara holistik dan terintegrasi sehingga mutu pendidikan akan juga berpengaruh terhadap mutu pelayanan pada tatanan klinik.

6.3.3 Implikasi Penelitian

Hasil penelitian ini sebagai dasar untuk penelitian lain tentang keberhasilan program budaya keselamatan pasien. Contoh penelitian tentang komponen budaya keselamatan lainnya pada AHRQ, misalnya komitmen organisasi, budaya organisasi, penghargaan dalam budaya keselamatan pasien, komunikasi, kerja sama tim dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian tentang budaya keselamatan pasien juga dapat dilakukan dengan alat ukur budaya lainnya selain AHRQ, misalnya MaPSaF atau SCS.

Kualitas data dapat lebih diperkaya dengan metode *cohort* dengan alat pengumpul data berupa kuesioner dan *chek list* observasi. Penelitian survey tentang budaya keselamatan pasien pada beberapa rumah sakit perlu dilakukan untuk mengevaluasi penerapan budaya keselamatan pasien secara lebih luas. Hal ini mengingatkan program budaya dan keselamatan pasien sudah menjadi isu dunia sejak tahun 2000 dan di Indonesia 2006.

Penelitian tentang kepemimpinan efektif perlu juga dilakukan dengan desain kualitatif pada pengalaman pemimpin keperawatan yang berhasil dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Hal ini sebagai sumber rujukan dan studi banding kepada rumah sakit yang telah terakreditasi untuk keselamatan pasien/budaya keselamatan pasien.

BAB 7

KESIMPULAN

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian hubungan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta adalah sebagai berikut:

7.1.1 Usia perawat pelaksana rata-rata 37 tahun dengan rata-rata masa kerja 14,7 tahun. Sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebesar 93,2% dengan tingkat pendidikan sebagian besar perawat non profesional (SPR dan SPK) sebesar 78,6% dan sebagian besar sudah pernah mengikuti pelatihan sebesar 92,7%. *Head Nurse* menerapkan kepemimpinan efektif dengan baik. Perawat pelaksana menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik

7.1.2 Terdapat hubungan positif dengan kekuatan hubungan lemah antara kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. pada pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, penentuan tujuan, pengambilan tindakan.

7.1.3 Pengetahuan merupakan komponen kepemimpinan efektif *Head Nurse* yang paling berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana setelah dikontrol dengan variabel jenis kelamin perempuan perawat pelaksana.

7.2 Saran

7.2.1 RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

7.2.1.1 Direktur

Direktur ikut terlibat dalam program keselamatan pasien dengan mengembangkan kebijakan budaya keselamatan pasien dalam mewujudkan keberhasilan program keselamatan pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Bentuk kebijakan apabila belum ada dengan penyusunan struktur organisasi dari

struktural sampai fungsional khususnya di ruang rawat inap gedung A dengan uraian tugas yang jelas dan diperkuat dalam bentuk Surat Keputusan Direktur Utama (SK Direktur Utama).

7.2.1.2 Bidang Keperawatan

Bidang Keperawatan ikut terlibat dalam program budaya keselamatan pasien dengan pengembangan kebijakan keperawatan dalam bentuk struktur organisasi keperawatan dalam program keselamatan pasien beserta uraian tugas yang jelas, pelatihan kepemimpinan dan budaya keselamatan pasien, kebijakan penghargaan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien, dan supervisi/ronde budaya keselamatan pasien serta perlombaan penerapan budaya keselamatan pasien pada masing-masing unit pelayanan keperawatan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

7.2.1.3 *Head Nurse*

Head Nurse dapat meningkatkan kompetensi pengetahuan bagi melalui pendidikan keperawatan berkelanjutan, keikutsertaan dalam *in house training*, Perlunya sosialisasi budaya keselamatan pasien oleh *Head Nurse* kepada staf di ruang rawat melalui *briefing-debriefing* keselamatan pasien, diskusi kasus keperawatan.

7.2.1.4 Perawat Pelaksana

Perawat pelaksana perlu menggunakan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam setiap tindakan asuhan keperawatan kepada pasien. Pembudayaan diskusi kasus antar perawat dalam *briefing-debriefing* keselamatan pasien, keikutsertaan dalam pelatihan budaya keselamatan pasien, dan pendidikan keperawatan berlanjut untuk perawat pelaksana.

7.2.2 Keilmuan

Hasil penelitian ini meningkatkan keilmuan tentang peran perawat dalam keberhasilan program penerapan keselamatan pasien dengan menambah literatur/sumber pustaka untuk program keselamatan pasien dalam perspektif

keperawatan khususnya penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat. Budaya keselamatan pasien juga dapat dimasukkan menjadi bagian kurikulum manajemen keperawatan pada manajemen mutu keperawatan. Kepemimpinan efektif juga dapat dimasukkan menjadi bagian kurikulum manajemen keperawatan pada kepemimpinan keperawatan.

7.2.3 Penelitian Berikutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal untuk penelitian berikutnya tentang keselamatan pasien dengan menggunakan observasi, dan dilakukan dengan sampel yang lebih luas (beberapa rumah sakit). Penelitian berikutnya juga dapat meneliti tentang keselamatan perawat sendiri, komponen budaya keselamatan lainnya, dan komponen spesifik dari program budaya keselamatan pasien. Kepemimpinan efektif juga bisa dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengetahuan *Head Nurse* sebagai komponen yang paling dominan yang berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan lainnya. Perlunya penelitian lebih lanjut mengenai faktor lainnya yang menjelaskan > 90% hubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien, misalnya budaya organisasi, komitmen organisasi, sistem penghargaan dan sanksi dalam budaya keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2004). *Manajemen administrasi rumah sakit*. Jakarta: UI Press.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). *Patient safety culture surveys*. Maret 12, 2009. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>.
- Allen et al. (2008, February). Evaluating continuing competency: A challenge for nursing. *The Journal of continuing education in nursing*. 39 (2), 81-85. 6 Juni, 2010. <http://web.ebscohost.com/ehost/>.
- Antonson, N, Navarra, M.B., & Thompson, P.A. (2005, November/Desember). Patient safety: the four domains of nursing leaderships. *Proquest Health Management*. 6 (23), 331-333. Maret 11, 2010. <http://www.proquest.com/pqdauto>.
- As'ad (2000). *Psikologi industri edisi keempat*. Yogyakarta: Liberty.
- Buerhaus, P. (2004, Fourth Quarter). Lucian Leape on patient safety in U. S hospitals. *Journal nursing of scholarship*, 4 (36), 366-370. Maret 13, 2010. <http://www.proquest.umi.com/pqdweb>.
- Cahyono, S.B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Callahan, M.A & Ruchlin, H. (2003, November/Desember). The role of nursing leadership in establishing a safety culture. *Proquest Health Management*. 6 (21), 296-297. Maret 11, 2010. <http://www.proquest.com/pqdauto>.
- Canadian Nurse Assosiation. (2004, January). *Nurses and patient safety: Discussion paper*. Canadian Nurse Association and University of Toronto Faculty of Nursing. Maret 10, 2010. <http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/>.
- Capezuti, E., Rice, J.C & Wagner, L.M. (2009, Second Quarter). Nursing perception of safety culture in long-term setting. *Journal of Nursing Scholarship*. 2 (41), 184-289). Maret 15, 2010. <http://www.proquest.com/pqdauto>.
- Clancy, C.M., Farquhar, M.B & Sharp, B.A.C. (2005). Patient safety in nursing practice. *Journal of Nursing Quality Care*. 20 (3), 193-197. Juli, 04 2010. <http://web.ebscohost.com/ehost/>.
- Craven, R. F & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamental of nursing: Human health and function third edition*. Philadelphia: Lippincott.
- Dahlan, S. (2008). *Statistik untuk kedokteran dan statistik kesehatan: Deskriptif, bivariat, dan multivariat dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS edisi 3*. Jakarta: Selemba Medika.

- Dahlan, S. (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan: Seri evidence based medicine. Seri 3*. Jakarta: Sagung Seto.
- Depkes RI. (2006). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety): Utamakan keselamatan pasien*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety): Utamakan keselamatan pasien edisi 2*. Jakarta: Depkes RI.
- Dollan, J & Sellwood, M. (2008, November/Desember). How be an effective leader. *Friends and Earth*. Issue 72. April 08, 2010. <http://www.highbeam.com/>.
- Eagly, A. H & Johannesen, M. C. (2001, Juni). The leadership styles of women and men. *Journal of Social Issues*. 1 (12), 1-31. Maret 10, 2010. <http://www.eurojournals.com/>.
- Ferguson, J & Fakelman, R (2005, Fall). The culture factor. *Proquest Health Management*, 1 (22), 33-40. Maret 11, 2010. www.proquest.com/pqdauto.
- Flemming, M. (2006, spring). *Patient safety culture: Sharing and learning from each other*. Februari 04, 2010. [http://www.capch.org/patient safety culture](http://www.capch.org/patient%20safety%20culture).
- Flemming, M. (2008, spring). Patient safety culture improvement tool: Development and guidelines use. *Health Care Quarterly*. 11, 10-15. April 24, 2010. <http://www.proquest.com/pqdauto>.
- Gibson et al. (2006). *Oganization behavior structure processes twelfth edition*. New York: Mc Graw Hill Int.
- Gillies, D. (2000). *Manajemen keperawatan: Suatu pendekatan sistem* (Neng Hati Sawiji, Penerjemah). Bandung: Yayasan IAPKP.
- Hamdani, S. (2007). *Analisis budaya keselamatan pasien di rumah sakit islam jakarta*. FKM-UI. Tesis Tidak Dipublikasikan.
- Handiyani, H. (2003). *Hubungan peran dan fungsi manajemen kepala ruang dengan keberhasilan upaya kegiatan pengendalian infeksi nosokomial di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Tesis Tidak Dipublikasikan. FIK UI.
- Hasibuan, M.S.P. (2008). *Manajemen sumber daya manusia edisi kedua*. Jakarta: EGC.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Modul analisis data. Tidak dipublikasikan. Jakarta: FKM UI.
- Henriksen, K., Dayton, E., Keyes, M.A., Carayon, P & Hughes, R. (2008, August). *Understanding adverse event a human framework: Patient safety and quality: An evidence based handbook for nurses volume 1* 7 Juli, 2010. www.proquest.com/pqdauto.

- Hikmah, S. (2008). *Persepsi staf mengenai "patient safety" di IGD RSUP Fatmawati*. Skripsi Tidak Dipublikasikan. FKM UI.
- Hyrkas, K. (2008, April). Cincial nursing leadership: Prespektif of current issue. *Journal of Nursing Management*. 16, 495-495. Juni 18, 2010. www.proquest.com/pqdauto.
- Huber, D. (2006). *Leadership and nursing care management third edition*. Phladelphia: Saunders Elsevier.
- Hughes, G.H. (2008, August). *Patient safety and Quality: An evidence based handbook for nurse volume 1*. 7 Juli, 2010. www.proquest.com/pqdauto.
- Hussain W.F. (2007). *Pengembangan rumah sakit sebagai badan layanan umum (BLU) dan patient safety*. Maret 06, 2010. <http://www.litbang.depkes.go.id/>.
- Hurlock, E.B. (2005). *Psikologi perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan edisi kelima*. Jakarta: Erlangga.
- Ilyas, Y. (2000). *Perencanaan SDM rumah sakit: Teori, metoda, dan formula*. Depok: FKM-UI.
- Ilyas, Y. (2003). *Kiat sukses manajemen tim kerja*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- International Council of Nursing. (2002, May). *Position statement of patient safety*. Maret 24, 2010. http://www.icn.ch/PS_D05_Patient%20Safety.pdf.
- Ivancevich, J.H., Konopaske, R & Matteson, M.T. (2005). *Perilaku dan manajemen organisasi edisi ketujuh jilid 2 (Dharma Yowono, Penerjemah)*. Jakarta. Erlangga.
- Jianhong, A. (2004, June). Safety culture in surgical residency program across Virginia. Maret 24, 2010. <http://www.sysy.virgin.edu>.
- Joint Commisinn Accreditation of Health Organization. (2010). *National patient safety goals*.
- Khusfh, G., Raymond, J & Beaman, C. (2008, December). The institute of medicine's report on quality and safety: paradoxes and tensions. *HEC Forum*. 20 (1), 1-14. Maret. 09, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- KKP-RS. (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta: KKP-RS.
- Kohn et al. (2000). *To err is human: Building a safer health system. committee on quality of health care in America*. IOM: National Acedemy of Science.
- Komite Etik Nasional Penelitian Kesehatan. (2007). *Etika penelitian kesehatan*. Maret 22, 2010. <http://www.litbang.depkes.co.id>.

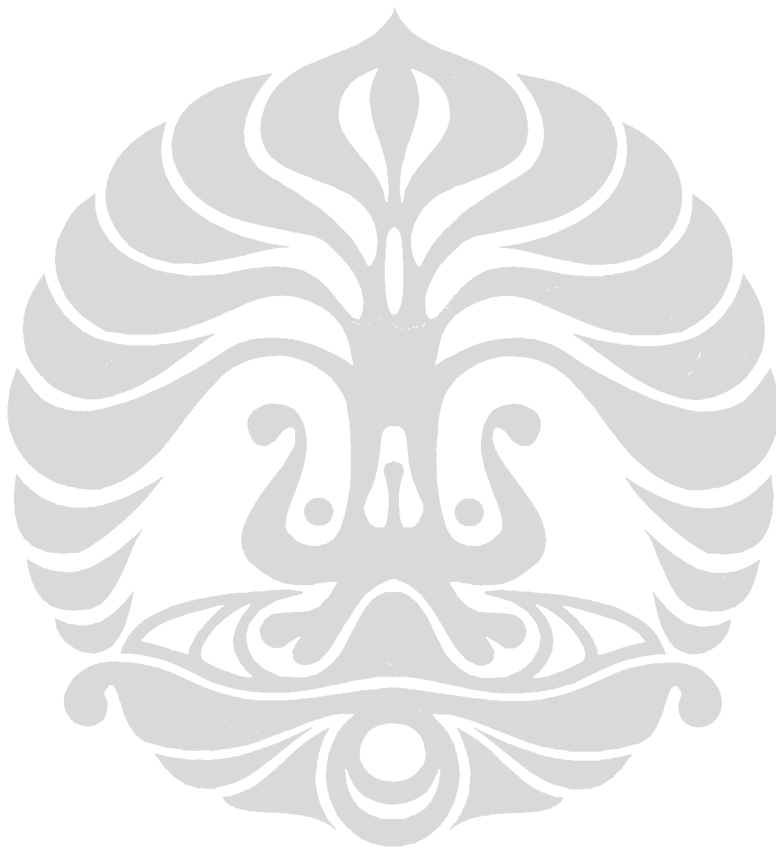
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., dan Synder, S.J (2004). *Fundamentals of nursing: Concept, process, and practice*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Kreitner, R. (2007). *Organizational behavior seventh edition*. New York: McGraw Hill Int.
- Lumenta, N. (2008, April). State of the art patient safety. Disampaikan pda workshop keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis di RSAB Harapan Kita Jakarta.
- Makinen, A., Kivimaki, M., Elovainio, M., Virtanen, M & Bond, S. (2003, March). Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. *Journal of Nurses Management*. 11, 299-306. July 05, 2010. <http://www.psgh.com/mayjune-2009/125-leadership.html>.
- Mangkunegara, A.P. (2008). *Perencanaan dan pengembangan sumber daya manusia*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Marjadi et al. (2009, August). Hepatitis B-related policies: Inconsistent patient safety in Indonesia hospitals. *American Journal of Infection Control*. 6 (37), 520-521. Maret 06, 2010. <http://www.elsevier.com>.
- Marpaung, J. (2005). *Persepsi perawat pelaksana tentang kepemimpinan efektif kepala ruang dan hubungannya dengan budaya kerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUP*. Adam Malik Medan. FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Marquis, B.L & Houston, C.J. (2006). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application five edition*: Philadelphia: Lippincott.
- Marquis, B.L & Houston, C.J. (2000). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application third edition*: Philadelphia: Lippincott.
- Maryam, D. (2009). *Hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien dengan kepuasan kerja oleh perawat pelaksana di IRNA bedah dan IRNA medic RSU*. Dr. Soetomo Surabaya. FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- McEachen, I & Keogh, J. (2007). *Nurses management Demystified: A self teaching guide*. Ney York: McGraw-Hill books.
- Mulyadi (2005). *Hubungan kepemimpinan efektif kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSKM Cilegon*. FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Narbuko, C.& Achmad, A. (2005). *Metodologi penelitian*. Jakarta: Bumi Aksara.
- National Patient Safety Agency (2009, June). *Seven step to patient safety*. Februari 05, 2010. <http://www.npsa.nhs.uk/health/reporting/7step>.
- Nazham, D.M. (2009, April). Celebrating nurse: operating at the sharp end of safe patient care. Maret 08, 2010. <http://www.jointcommission.org/>.

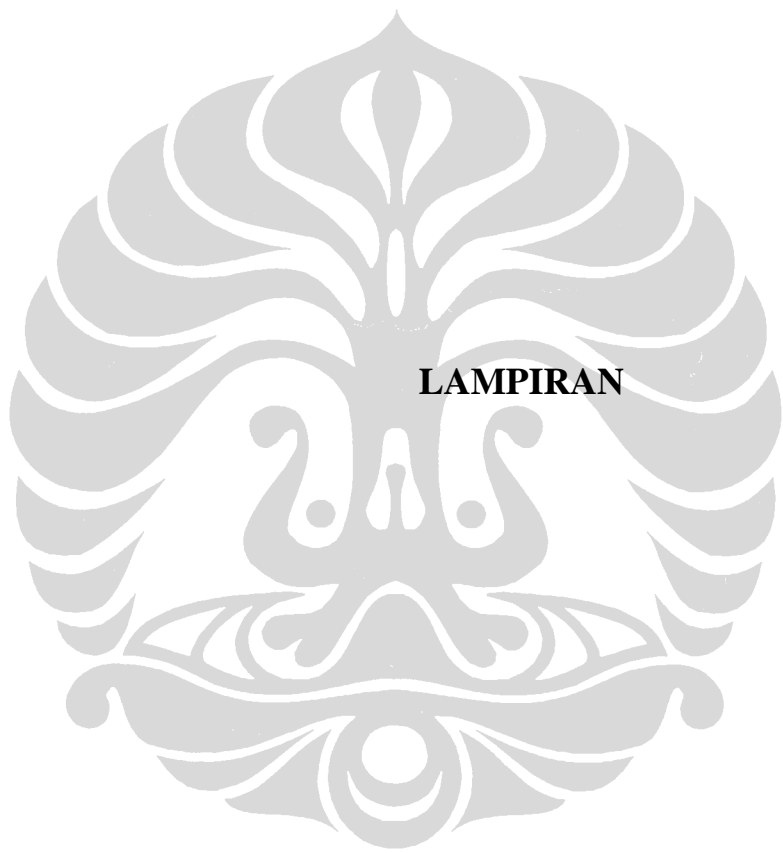
- Notoatmojo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan edisi revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nyoman, I.G.A. (2002). *Hubungan kepemimpinan efektif kepala ruang dengan perilaku kerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap RSUP. Persahabatan Jakarta*. Tesis tidak dipublikasikan.
- Ollenburg, J.C & Moore, H.A. (2002). *Sosiologi wanita*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- PERSI-KARS, KPP-RS. (2006, Februari). *Membangun budaya keselamatan pasien rumah sakit*. Lokakarya Program KP-RS.
- Polit, D.F & Hungler, B.P. (2006). *Essential of nursing research: Methods appraisal and utilization sixth edition*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkuns.
- PPNI dan Depkes RI. (2006). *Rancangan pedoman pengembangan sistem jenjang karir professional perawat*. Jakarta: Depkes RI.
- Prawitasari, S. (2009). *Hubungan antara beban kerja perawat pelaksana dan keselamatan pasien di ruang rawat inap unit penyakit dalam dan bedah Rumah Sakit Husada Jakarta*. Tesis Tidak Dipublikasikan. FIK UI.
- Pronovost et al. (2003, September). Assessing safety culture: guidelines and recommendation. *Quality and Safety Health*. 14, 231-233. Maret 28, 2010. <http://www.qsbc.bmj.com>.
- Quinones, M.A., Ford, J.K & Teachout, M.S. (2006, July). The relationship with job experience and job performance: a conceptual and meta-analytic reviews. *Personnel Psychology*. 4 (48), 887-910. April 7, 2010. <http://www.mendeley.com/>
- Ramsey, G. (2005, March/April). *Nurses, medical errors, and culture of blame*. *Proquest Health Management*. 2 (25), 25-27. Maret 07, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb/>.
- Rawlinson, S., Rennie, L & Clark, P. (2001, May). Effect of a formal education programme on patient safety of transfusions. *British Medical Journal*. 323 (7321) 1118. <http://proquest.umi.com/pqdweb/>.
- Ridley, R.T. (2006, April). Relationship between nurse education level and patient safety: An integrative review. *Journal of Nursing Education*. 4 (47), 149-146. 04 July 2010. <http://web.ebscohost.com/ehost/>.
- Reiling, J.G. (2006, August). Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. *Journal Advance in Patient Safety*. 2 (20), 1-15. Maret 22, 2010. <http://www.ahrq.gov>.
- Reis et al. (2006). *Patient safety essential for health care*. Joint Comission International.

- Robbins, S.P. (2001). *Perilaku organisasi versi bahasa Indonesia edisi kedelapan: Konsep, kontroversi, aplikasi. (Hadyana Pujaatmaka, Penerjemah)*. Jakarta: Prenhallindo.
- Robbins, S.P & Judge, T.A. (2008). *Perilaku organisasi versi bahasa Indonesia: edisi kedua belas. (Angelica, Penerjemah)*. Jakarta: Salemba Empat.
- Rolinson, D dan Kish (2001). *Care concept in advanced nursing*. St. Louis. Mosby A Harcourt Health Science Company.
- Sabri, L & Hastono, S.P. (2006). *Statistik kesehatan: Edisi revisi*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Sastroasmoro, S & Ismail, S (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis edisi ketiga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Shaw, S. (2007). *International Council of Nurses: Nursing Leadership*. Oxford: Blacwell Publishing.
- Shawky. S. (2010, June). Could employment based targeting approach save egypt in moving toward a social health insurance models. EMHJ (East Mediterranean Health Journal). WHO for Mediterranean Country. 16 (6). 6 Juni, 2010. <http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ>.
- Singer S. J & Tucker, A. L. (2005, August). Creating a culture of safety in hospital. Februari 07, 2010. <http://healthpolicy.stanford.edu/>.
- Scott et al (2003, February). The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. *Health Service Research Policy*. 8 (2), 105-117. Maret 09, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb/>.
- Scott, G. (2000). *The psychology of safety handbook*. Washington: Lewis Publisher.
- Soeroso, S. (2003). *Manajemen sumber daya manusia: Suatu pendekatan sistem*. EGC: Jakarta.
- Sorra, J.S & Nieva, V.F. (2004). Hospital survey on patient safety culture. *AHRQ Publication No. 04-0041*. Februari 02, 2010. <http://www.ahrq.gov>.
- Subiyanto, I. (2000). *Metodologi penelitian manajemen dan akuntansi*. Yogyakarta: AMP YKPN.
- Sugiyono. (2006). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistiyani & Rosidah. (2003). *Manajemen sumber daya manusia: konsep, teori dan pengembangan dalam konteks organisasi publik*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Swanburg, R.C. (2000). *Pengantar kepemimpinan & manajemen keperawatan untuk perawat klinis (Suharyati Samba, Penerjemah)*. Jakarta: EGC.

- Tappen. (2004). *Essential of nursing leadership and management: Third edition*. Philadelphia: F. A Davis Company.
- Thomas et al. (2000, March). Incidence and types of adverse events and negligence care in Utah and Colorado. *Medical Care*. 3 (38), 261-271. Maret 07, 2010. <http://www.jstore.org/>.
- Thomson, P.A., Navarra, M.B & Antonson, N. (2005, November/Desember). Patient safety: the four domains of nursing leaderships. *Proquest Health Management*. 6 (23), 331-333. Maret 11, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- Triton. (2009). *Mengelola sumber daya manusia: Kinerja, motivasi, kepuasan kerja, dan produktivitas*. Yogyakarta: Oryza.
- Tukinem. (2004). Perubahan struktur organisasi di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo terkait dengan keperawatan. Disampaikan pada seminar sehari: pengaruh perubahan struktur organisasi rumah sakit terhadap pelayanan keperawatan di Gedung pertemuan Depkes RI Jakarta tanggal 1 Maret 2004.
- Unaiyah, Z.N. (2006). *Pengetahuan, sikap, dan persepsi pemimpin struktural, fungsional pada program keselamatan pasien di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Tesis Tidak Dipublikasikan. FKM UI.
- Vincent. (2005, April). *Patient safety book*. Februari 05, 2010. Churchill Livingstone. <http://www.elsevier.com/wps/find/book>.
- Wagner et al. (2009, *Second Quarter*). Nursing perceptions of safety culture in long term setting. *Journal of Nursing Scholarship*. 2 (41), 184-192. Maret 21, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- Wahab, H. (2001). *Hubungan antara kepemimpinan efektif kepala ruangan dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di RSU Labuang Baji Makassar*. Tesis Tidak Dipublikasikan. FIK UI.
- Walshe, K & Boaden, R. (2006). *Patient safety: Research into practice*. New York: Open University Press.
- WHO. (2007). WHO collaborating center for patient safety. Joint Comission and Joint Comission International Solutions. <http://www.who.int.com>.
- WHO. (2009, April). *Human factor in patient safety: Reviews on topics and tool*. 8 Juli, 2010. http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors_review.pdf.
- Wise, P.S & Kowalski, K.E. (2006). *Beyond leading and managing: Nursing administration for the future*. Missouri: Mosby Year Book.
- Yahya, A. (2006, November). *Konsep dan program patient safety*. Disampaikan pada konvensi nasional mutu rumah sakit ke VI, Bandung.

Yukie, C., Takako, N., & Takemi, W. (2001, March). Research on nursing as profession: gender issue problems for nursing in clinical medicine and the project in the future. *Saitama Prefectural University Junior College Bulletin*. 12 (2), 97-105. 6 Juni, 2010. <http://sciencelinks.jp/j-east/article>.





KUESIONER

**HUBUNGAN KEPEMIMPINAN EFEKTIF *HEAD NURSE*
DENGAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN OLEH
PERAWAT PELAKSANA DI RSUPN Dr. CIPTOMANGUNKUSUMO
JAKARTA**



**OLEH:
DWI SETIOWATI
0806446145**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
APRIL 2010**

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada
Yth: Sejawat Perawat (Ketua Tim dan Perawat Pelaksana)
Di Ruang Rawat Inap Terpadu Gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
Jakarta

Dengan Hormat,

Saya bernama Dwi Setiowati, NPM. 0806446145 dengan alamat di Jln. Margonda Raya, Gg. H. Marsaid, Depok, nomor Hp. 085291178974 adalah mahasiswa ***Program Magister Keperawatan Kekhususan Manajemen dan Kepemimpinan Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia***, mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara ***menjadi responden penelitian*** saya dengan judul “Hubungan Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta”

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk mengetahui hubungan kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2010, sehingga mampu memberikan masukan dalam upaya sosialisasi penerapan budaya keselamatan pasien dalam upaya menjamin mutu pelayanan keperawatan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Oleh karena itu diharapkan informasi yang mendalam dari pengalaman Bapak/Ibu/Saudara. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan Bapak/Ibu/Saudara akan dijaga dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Saya sangat menghargai kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi partisipan dalam penelitian ini. Untuk itu saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengisi lembar kuesoner dengan petunjuk pengisian yang telah saya buat. Atas perhatian, kerjasama dan kesediaannya menjadi partisipan saya ucapkan banyak terima kasih.

Jakarta, Mei 2010
Peneliti,

Dwi Setiowati

**SURAT PERNYATAAN
PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Setelah membaca dan memahami surat saudara Dwi Setiowati, NPM 0806446145, mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Manajemen dan Kepemimpinan Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia serta mendapat penjelasan maksud dan tujuan penelitiannya, maka saya bersedia menjadi partisipan penelitian dengan judul:

“Hubungan Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta”

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun.

Jakarta, Mei 2010

Tanda Tangan Peneliti,

Dwi Setiowati

Tanda Tangan Responden,

(Responden)

KUESIONER A IDENTITAS RESPONDEN

Petunjuk Pengisian:

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberi tanda (✓) pada salah satu pilihan jawaban yang menurut saudara benar dan menuliskan jawaban singkat pada tempat yang disediakan

1. Usia :..... tahun
2. Nama Ruangan :.....
3. Jenis Kelamin :
 Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan formal keperawatan yang anda capai:
 SPR SPK DIII Keperawatan S1 Keperawatan
5. Masa kerja di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo:.....tahun
6. Selama bekerja di rumah sakit ini anda mengikuti pelatihan/penataran yang diselenggarakan di dalam maupun di luar RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo ini:
 - a. Pernah
 - b. Tidak Pernah

Jakarta, Mei 2010

(Responden)

KUESIONER B
KEPEMIMPINAN EFEKTIF *HEAD NURSE*

A. Petunjuk:

1. Bacalah dengan cermat setiap item pernyataan
2. Pilihlah salah satu alternatif jawaban yang menurut Anda paling tepat dengan *Head Nurse* ruangan Anda dengan memberikan tanda (✓) pada kotak jawaban yang tersedia di sebelah kanan
3. Jawaban Anda akan kami jaga dan kami jamin kerahasiaannya dan tidak mempengaruhi pangkat/karier dan penilaian kerja Anda

B. Pilihan Jawaban

- SS = Sangat Setuju
S = Setuju
TS = Tidak Setuju
STS = Sangat Tidak Setuju

C. Sebaran Pernyataan

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	<i>Head Nurse</i> ruang saya kurang menguasai keterampilan klinik tentang tindakan keselamatan pasien				
2	<i>Head Nurse</i> ruang saya dalam memberikan informasi dapat dimengerti perawat pelaksana				
3	<i>Head Nurse</i> ruang saya memiliki pengetahuan tentang cara memimpin ruang rawat ini				
4	<i>Head Nurse</i> ruang saya kurang mampu memberikan contoh yang baik kepada stafnya				
5	<i>Head Nurse</i> ruang saya terlihat panik jika menghadapi masalah				
6	<i>Head Nurse</i> ruang saya kurang percaya diri dengan pengetahuan yang dimilikinya dalam setiap situasi				
7	<i>Head Nurse</i> ruang saya memberikan umpan balik pada setiap masalah yang diajukan oleh stafnya				
8	<i>Head Nurse</i> ruang saya dalam mengungkapkan pendapatnya menyinggung perasaan stafnya				
9	<i>Head Nurse</i> ruang saya memperhatikan tujuan individu dalam membuat tujuan program ruangan				
10	<i>Head Nurse</i> ruang saya tampak sakit secara fisik				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
11	<i>Head Nurse</i> ruang saya kurang mampu mengenal kekurangannya sendiri				
12	<i>Head Nurse</i> ruang saya dapat menunjukkan semangat yang besar dalam bekerja				
13	<i>Head Nurse</i> ruang saya dapat menunjukkan perilaku yang dapat dicontoh oleh stafnya				
14	<i>Head Nurse</i> ruang saya menganggap masukan dari orang lain untuk mencari kesalahan dirinya				
15	<i>Head Nurse</i> ruang saya kurang menginformasikan dengan jelas tujuan program ruangan				
16	<i>Head Nurse</i> ruang saya dapat mengenal kelebihanannya sendiri				
17	<i>Head Nurse</i> ruang saya kurang dapat menunjukkan keseriusan dalam bekerja				
18	<i>Head Nurse</i> ruang saya menetapkan tujuan program ruangan bersama staf				
19	<i>Head Nurse</i> ruang saya kurang mampu mendelegasikan wewenangnya kepada wakil yang kompeten				
20	<i>Head Nurse</i> ruang saya baru membuat perencanaan sesudah menentukan tujuan				
21	Kepala ruang memberikan motivasi kepada stafnya				
22	<i>Head Nurse</i> ruang saya bersedia menerima masukan orang lain untuk perbaikan dirinya				
23	<i>Head Nurse</i> ruang saya dalam menetapkan keputusan melibatkan stafnya				
24	<i>Head Nurse</i> ruang saya dapat mengenal kebutuhan perawat pelaksana dalam melakukan tugasnya				
25	<i>Head Nurse</i> ruang saya kurang memiliki kemampuan mengambil keputusan yang tepat dalam menghadapi masalah				
26	<i>Head Nurse</i> ruang saya menjadi pendengar aktif jika menerima masukan dari orang lain				
27	<i>Head Nurse</i> ruang saya dapat mengatasi masalahnya sendiri tanpa bantuan orang lain				

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
28	<i>Head Nurse</i> ruang saya kurang memperhatikan penampilan dirinya saat bekerja				
29	<i>Head Nurse</i> ruang saya berusaha agar bawahannya memahami tujuan program yang telah ditetapkan				
30	<i>Head Nurse</i> ruang saya memonitor kegiatan-kegiatan di ruangan dalam rangka penerapan budaya keselamatan pasien				

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju



KUESIONER C
PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

A. Petunjuk:

1. Bacalah dengan cermat setiap item pernyataan
2. Pilihlah salah satu alternatif jawaban yang menurut Anda paling tepat sesuai yang Anda lakukan dalam bekerja baik di ruangan maupun RS tempat Anda bekerja dengan memberikan tanda (✓) pada kotak jawaban yang tersedia di sebelah kanan
3. Jawaban Anda akan kami jaga dan kami jamin kerahasiaannya dan tidak mempengaruhi pangkat/karier dan penilaian kerja Anda

B. Pilihan Jawaban

SL = Selalu

SR = Sering

KD = Kadang-Kadang

TP = Tidak Pernah

C. Sebaran Pernyataan

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
1	Saya saling mendukung sesama perawat di unit ini				
2	Saya memberikan informasi seadanya kepada unit lain terkait dengan masalah keselamatan pasien				
3	Saya bekerja sendiri ketika banyak pekerjaan harus diselesaikan dengan cepat				
4	Saya di unit ini ikut terlibat dalam diskusi mengenai keselamatan pasien				
5	Saya merasa dikucilkan jika bekerja sama dengan staf lain yang bukan perawat				
6	Saya menghargai sesama perawat di unit ini				
7	Saya melaporkan kesalahan hanya pada saat atasan melakukan supervisi				
8	Saya merasa kesalahan yang saya lakukan akan mengancam saya				
9	Pelaporan kejadian membuat pekerjaan saya terganggu				
10	Saya melaporkan kejadian jika tidak berpotensi mencelakakan pasien				
11	Saya akan membantu ketika di unit lain sangat sibuk				

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
12	Saya lebih senang membicarakan orang yang melakukan kesalahan daripada masalahnya				
13	Saya melaporkan jika terjadi kesalahan walaupun segera diketahui				
14	Informasi keselamatan pasien membuat saya bekerja lebih baik lagi				
15	Mendiskusikan masalah keselamatan pasien merupakan hal yang membuat saya cemas				
16	Saya merasa khawatir jika kesalahan yang saya perbuat akan dicatat di catatan kepegawaian kami				
17	Saya melaporkan kejadian yang berpotensi mencelakakan pasien yang tidak menimbulkan cedera pada pasien				
18	Saya melakukan ronde keperawatan dengan atasan kami untuk mendiskusikan masalah keselamatan pasien				
19	Saya belajar memberikan tindakan keperawatan yang lebih baik lagi ketika kami melakukan kesalahan				
20	Saya melaporkan kejadian yang berpotensi mencelakakan pasien yang menimbulkan cedera pada pasien				
21	Kerjasama membuat pekerjaan saya menjadi lebih berat				
22	Saya bersikap biasa pada teman yang berbuat kesalahan sebelum saya tahu permasalahan sebenarnya				
23	Saya bebas mengemukakan pendapat jika melihat sesuatu yang berdampak negatif bagi keselamatan pasien				
24	Saya melaporkan kejadian kesalahan hanya apabila sewaktu-waktu dibutuhkan saja				
25	Saya melaporkan kejadian dalam buku laporan kejadian keselamatan pasien				
26	Saya merasa takut untuk bertanya jika ada sesuatu yang tidak benar dalam memberikan pelayanan kepada pasien				

SL = Selalu

SR = Sering

KD = Kadang-Kadang

TP = Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
27	Kesalahan yang saya perbuat membuat saya bersemangat bekerja karena saya sudah mendapatkan masukan untuk perbaikan				
28	Saya mendapatkan penyelesaian masalah yang buntu saat berdiskusi masalah keselamatan pasien				
29	Saya merasa bekerja dengan staf lain yang telah melakukan kesalahan membuat nama baik saya ikut tercemar				
30	Saya memberikan masukan kepada teman yang melakukan kesalahan untuk bekerja lebih baik lagi				
31	Saya menumpuk laporan kejadian di meja kerja karena data tersebut tidak bermanfaat bagi saya				
32	Saya merasa bebas bertanya tentang keputusan maupun tindakan keselamatan pasien di unit ini				
33	Saya melaporkan kejadian sesuai prosedur yang berlaku di rumah sakit				
34	Saya bekerja sama dengan unit lain untuk mencari penyelesaian masalah yang lebih baik				
35	Saya malas untuk bekerja sama dengan unit lain karena perbedaan pendidikan yang signifikan				
36	Saya menginformasikan penyelesaian masalah keselamatan pasien tanpa adanya bukti yang dapat dipertanggungjawabkan				

SL = Selalu

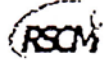
SR = Sering

KD= Kadang-Kadang

TP = Tidak Pernah



DEPARTEMEN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDRAL BINA PELAYANAN MEDIK
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR CIPTO MANGUN KUSUMO



Jl. Diponegoro No. Jakarta 10430
Kotak Pos 1086

Telp. 3018301, 3193080 (Hunting)
Fax 3148991

Jakarta, 9 Maret 2010

No : 20 /TU-K/Lit. III/2010
Lampiran :
Hal : Ijin Pengambilan data awal

Kepada Yth
Kepala Unit Rawat Inap Terpadu Gedung - A
RSUPN DR. Cipto Mangunkusumo
J a k a r t a.

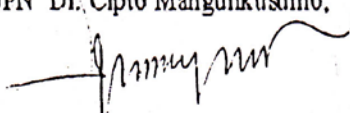
Bersama ini kami hadapkan peneliti :

Nama : Dwi Setiowati
NPM : 0806446145
Fakultas : Program Pascasarjana / FIK-UI
Universitas : UI
Strata : S - 2

Yang bersangkutan akan mengadakan penelitian dengan judul : "Hubungan persepsi perawat tentang pelaksanaan fungsi manajerial kepala ruang dan penerapan keselamatan pasien (patient safety) di Unit Pelayanan Rawat Inap Terpadu Gedung - A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta " sesuai dengan permohonan peneliti dengan disposisi oleh Direktur Pengembangan dan Pemasaran no.5051/TU-M/69/II/2010, tanggal, 17 Februari 2010, Kami mohon kiranya tanggapan apakah penelitian dapat dilakukan di tempat saudara.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ka. Bagian Penelitian
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo,


Dr. dr. Dini Widianti W. Sp.THT-KL(K). M. epid
NIP : 19590115 198512 2 001

Tembusan :

- 1 Yth. Direktur Pengembangan dan Pemasaran
- 2 Yth. Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI
- 3 Yth. UPJM
- 4 Yang bersangkutan.

Lampiran 4



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)70849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Kepemimpinan Efektif "Head Nurse" Dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Nama peneliti utama : Dwi Setiowati

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 4 Mei 2010

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0



RSUP PERSAHABATAN
GENERAL HOSPITAL

Jl. Persahabatan Raya No. 1 Jakarta Timur 13230 INDONESIA
Telp. (62-21) 489 1708, 489 1745, Fax. (62-21) 471 1222

Nomor : DL.01.09.00/1880
Lamp : -
Perihal : Tanggapan ijin Uji Instrumen

Jakarta 1 Mei 2010

Kepada Yth:
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Kampus UI Depok

Membalas surat Saudara No1466/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 Perihal:
ijin uji instrumen penelitian a/n: **Dwi Setiowati**, pada prinsipnya dapat
kami setuju dengan catatan hasil kegiatan tersebut diserahkan ke RSUP
Persahabatan melalui Bagian Diklit dalam bentuk hard copy dan soft copy.


Kami harapkan Peneliti agar menghubungi Bagian Diklit RSUP
Persahabatan tlp. (021) 4891708 Pes. 299 / 666, sebelum pelaksanaan
dimulai dan membawa pas photo 2x3 sebanyak 2 lembar.

Diinformasikan bahwa kegiatan tersebut dikenakan biaya sebagai berikut :

- Uji Instrumen Penelitian : Rp 250.000,-
- Name Tag : Rp. 2.000,-

Biaya tersebut dapat ditransfer melalui: Bank BRI Cab. Kemayoran Unit
RS Persahabatan No: Rek. 0965.01.000.068.30.5 a.n. Bendahara Penerima
RSUP Persahabatan. Bukti Transfer harap dibawa dan diserahkan melalui
Bagian Diklit.

Demikian, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

RSUP PERSAHABATAN
Direktur Umum, SDM & Pendidikan

Dr. Lia-G. Partakusuma, Sp.PK(K), MM
NIP. 196012161987012001

Tembusan Kepada Yth:K

1. Ka.Bid. Keperawatan RSUP Persahabatan
2. Ka.Tim Patient Safety RSUP Persahabatan



DEPARTEMEN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDRAL BINA PELAYANAN MEDIK
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR CIPTO MANGUN KUSUMO

JL Diponegoro No. 71 Jakarta 10430
Kotak Pos 1086

Telp.3018301,3193080 (Hunting)
Fax 3148991

Jakarta, 20 Mei 2010

No : 68/TU-K/ Lit/V/ 2010
Lampiran :
Hal : Ijin Penelitian/Pengambilan Data

Kepada Yth
Ka. Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A
RSUPN DR. Cipto Mangunkusumo
J a k a r t a.

Bersama ini kami hadapkan peneliti :

Nama : Dwi Setiowati
NPM : 0806446145
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Universitas : Indonesia
Strata : S - 2

Yang bersangkutan akan mengadakan penelitian dengan judul : "Hubungan Kepemimpinan Efektif Kepala Ruangan dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Terpadu Gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta", penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap Terpadu Gedung A, sesuai dengan permohonan peneliti dengan disposisi oleh Direktur Pengembangan dan Pemasaran No. 14189/TU-M/69/V/2010, tanggal 4 Mei 2010. Selanjutnya kami mohon tanggapan apakah penelitian ini dapat dilakukan di Departemen Saudara.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ka. Bagian Penelitian
RS Dr. Cipto Mangunkusumo,



Dr. dr. Dini Widiarni W. Sp.THT-KL(K), M.Epid
NIP: 19590115 198512 2 001

Tembusan Yth :

1. Direktur Pengembangan dan Pemasaran
2. Manajer Keperawatan Rawat Inap Terpadu Gedung A
3. Ka. UPJM
4. Dekan FIK UI
5. Yang Bersangkutan

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Dwi Setiowati
- Agama : Islam
- Tempat/Tanggal lahir : Cilacap, 27 Oktober 1983
- Alamat Rumah : Jln. Kokosan No. 523 RT 03 RT VIX Kel. Tambakreja,
Kec. Cilacap Selatan Cilacap, 53213
- Alamat Institusi : Jln. Harapan, Gedung Hz, No. 50, Lenteng Agung Jakarta
Selatan
- Riwayat Pendidikan :
- S2 Keperawatan kekhususan kepemimpinan dan manajemen keperawatan FIK-UI, lulus 2010
 - S1 Keperawatan PSIK FK UGM, lulus 2007
 - SMUN 1 Cilacap, lulus 2010
 - SLTPN 1 Cilacap, lulus 1998
 - SDN Sidakaya 03 Cilacap, lulus 1993
- Riwayat Pekerjaan :
- Staf pengajar keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta Selatan, 2009-sekarang
 - Staf pengajar keperawatan di Akper Yayasan RS. Jakarta, 2009
 - Staf pengajar keperawatan di Akper Serulingmas Cilacap, 2007-2008

Publik.