



UNIVERSITAS INDONESIA

**MODEL PENGUKURAN IKLIM KESELAMATAN PASIEN
(*PATIENT SAFETY CLIMATE*) DI RUMAH SAKIT
MUHAMMADIYAH-'AISYIYAH (RSMA),
TAHUN 2011**

Disertasi

EMMA RACHMAWATI

0706310690

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN
MASYARAKAT
MEI,2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**MODEL PENGUKURAN IKLIM KESELAMATAN PASIEN
(*PATIENT SAFETY CLIMATE*) DI RUMAH SAKIT
MUHAMMADIYAH-'AISYIYAH (RSMA)**

Disertasi

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Doktor dalam
Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Universitas Indonesia di bawah pimpinan**

Rektor Universitas Indonesia

Prof. Dr. der Soz. Gumilar Rusliwa Somantri

EMMA RACHMAWATI

0706310690

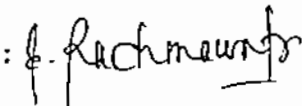
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN
MASYARAKAT
DEPOK
MEI,2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Emma Rachmawati

NPM : 0706310690

Tanda Tangan : 

Tanggal : 1 Mei 2012

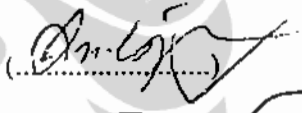



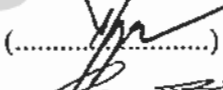
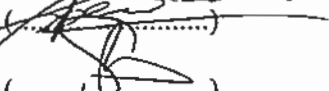
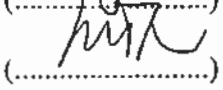

HALAMAN PENGESAHAN

Disetasi ini diajukan oleh:

Nama : Emma Rachmawati
NPM : 0706310690
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Disertasi : Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien (*Patient Safety Climate*) di Rumah Sakit Muhammadiyah-'Aisyiyah (RSMA)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Promotor : Prof. dr. Amal C Sjaaf, MPH, PhD (.....) 
Kopromotor : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD (.....) 
: dr. Adang Bachtiar K. MPH, ScD (.....) 
Tim Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, ScD (Ketua) (.....) 
: dr. Suprijanto Rijadi, MPA, PhD (.....) 
: dr. Soewarta Kosen, MPH, Dr.PH (.....) 
: Dr. dr. Sutoto, Mkes (.....) 
: Dr. Dr. dr. Hafizurrahman, MPH (.....) 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 1 Mei 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan disertasi ini. Penulisan disertasi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Doktor pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan disertasi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Der. Soz. Gumilar Rusliwa Sumantri, sebagai Rektor Universitas Indonesia dan Dr. Bambang Wispriyono, Apt, PhD., sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan disertasi.
2. Prof. dr. Amal C Sjaaf, SKM., Dr.PH., selaku promotor, serta ko-promotor Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH., PhD., dan dr. Adang Bachtiar, MPH, ScD., yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan dan motivasi kepada saya dalam penyusunan disertasi ini.
3. Tim Penguji, yang terdiri dari: Prof. Anhari Achadi dr, SKM., ScD. (Ketua), serta anggota tim penguji yang terdiri dari dr. Suprijanto Rijadi, MPA., PhD., dr. Soewarta Kosen, MPH., Dr.PH., Dr. dr. Sutoto, Mkes., Dr. Dr. dr. Hafizurrachman, MPH., dan Dr. Rita Damayanti, dra., MKes. (anggota Tim Penguji Sidang Proposal), yang telah memberikan saran dan kritiknya, khususnya terkait substansi yang sedang penulis kembangkan.
4. Direksi RS Muhammadiyah 'Aisyiyah (RSMA) beserta jajarannya, khususnya dr. Prastowo Sidi, SpA. (Direktur Utama RSI Cempaka Putih Jakarta, drs. Agus Kusnadi (Direktur Administrasi dan Keuangan RS Muhammadiyah Bandung), dr. Sulthoni, MKes (Direktur Pelayanan Medik RS Rumani Semarang), dr. Hj. Rini Krisnawati, MARS. (Direktur Utama RS 'Aisyiyah Ponorogo), dr.Joko Murdiyanto, SpA. (Direktur Pelayanan

Medik RS PKU Yogyakarta), yang telah memberikan waktu dan pikirannya untuk memberikan informasi yang sangat berguna saat dilakukan wawancara, serta memberikan peluang, kemudahan, kerjasama yang baik kepada penulis untuk proses pengambilan data primer dan sekunder lainnya dalam rangka penyelesaian penelitian ini.

5. Seluruh Dosen Pengajar di Program S-2, S-3 Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, yang telah memberikan teladan dan keilmuannya. Semoga menjadi keberkahan dunia dan akhirat. Aamiin.
6. Seluruh staf RSMA yang telah meluangkan waktu dan pikirannya untuk menjadi responden penelitian ini.
7. Kedua orang tua tercinta, Ibunda Rd Kuraesin Rochjati dan Tatang Soeharsa Soemawidjaja (alm) serta ayahanda H Surakim dan Poppy Chairulmal (almarhumah), beserta keluarga besarnya yang selalu memberikan do'a dan dukungannya selama penyusunan disertasi.
8. Suami (Dr. Ir. Bambang Priantono, MT) dan anak-anak tercinta (Adinda Fathimah K, ST., M. Arif, Aisyah R, Abdullah Ibrahim S dan Maryam S), atas seluruh perhatian, dukungan, do'a dan pengertian serta pengorbanan dikarenakan kesibukan *ummi* selama menyelesaikan program S-3 ini.
9. Rekan-rekan dan handai taulan, khususnya Dr Ratna Jatnika, MT., Imam Salehudin, SE., MSi., Tim Penyebaran dan Pengumpul Data, Fikes UHAMKA, Program S-3 FKM-UI Angkatan 2006-2007, MPKU, IAKMI, AIPTKMI serta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu yang telah memberikan bantuannya dan semangatnya. Semoga apa yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan pahala dari Allah Swt.

Terakhir, penulis berdo'a semoga Allah Swt memberikan berkahnya, kiranya ilmu yang diperoleh dan penelitian memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi ummat dan menjadikan penulis lebih dekat kepada-Nya.

Depok, 1 Mei 2012

Emma Rachmawati

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Emma Rachmawati
NPM : 0706310690
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : AKK
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Disertasi

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

Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien (*Patient Safety Climate*) di Rumah Sakit Muhammadiyah-'Aisyiyah (RSMA),

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif 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 penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 1 Mei 2012

Yang menyatakan,



Emma Rachmawati

NPM 0706310690

ABSTRAK

Berbagai studi tentang Keselamatan Pasien (KP) menyatakan bahwa untuk memperbaiki upaya-upaya KP di RS perlu diketahui kondisi budaya/iklim KP di RS tersebut pada tahap awal, sebagai salah satu alat untuk memprediksi perhatian RS terhadap KP. Untuk itu, studi ini bertujuan mengembangkan model pengukuran Iklim KP (*Patient Safety Climate*) di RS Muhammadiyah-Aisyiyah (RSMA) dengan nilai psikometrik yang baik. Desain studi ini adalah *cross sectional*, dan analisis model pengukuran dan struktural menggunakan *Confirmatory Factor Analysis (CFA)* dan *Structural Equation Model (SEM) 2nd level*, dengan program LISREL 8.50. Kuesioner disebarakan secara proporsional di 5 RSMA di lima provinsi di P. Jawa, selama bulan Januari-Juni 2011, dengan tingkat respon: 1198 (79.8%), dan total kuesioner yang bersih (*no-missing data*): 936 (62.40%). Wawancara mendalam dilakukan dengan Direksi RSMA untuk konfirmasi hasil penelitian. Model pengukuran menghasilkan 3 variabel laten eksogen yang saling berhubungan yaitu Kepemimpinan Transformasional, Kesadaran Individual, dan Kerjasama Tim. Ketiganya berpengaruh langsung secara bermakna terhadap variabel laten endogen Iklim KP ($\alpha=0.05$). Model pengukuran terbukti valid ($t>1,96$ SLF $>0,70$); reliabel (CR > 0.70 , dan VE > 0.50), serta *close fit* (RMSEA= 0.047 < 0.08). Penelitian menunjukkan model pengukuran mempunyai nilai psikometrik yang baik dan dapat menggambarkan kondisi iklim KP RSMA. Kepemimpinan transformasional terbukti berpengaruh langsung terbesar (SLF=0,56) terhadap iklim KP. Penelitian ini merekomendasikan agar model yang diperoleh dapat digunakan di seluruh RSMA atau RS sejenisnya dan dapat menjadi salah satu dasar pengembangan model untuk jenis RS lainnya (pemerintah atau swasta lainnya).

Kata kunci: iklim keselamatan pasien, *structural equation model*, kepemimpinan transformasional, kerjasama tim, kesadaran individual

ABSTRACT

The recent studies of patient safety have witnessed a growing concern over the issues of patient safety culture/climate as the first step to improve patient safety efforts, and also becoming an assessment tool in predicting hospital commitment to patient safety. This study is aimed to develop a measurement model of patient safety climate in RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah (RSMA) with good psychometric scores. The study is using cross sectional design. The Confirmatory Factor Analysis (CFA) and Structural Equation Models (SEM) 2nd level with LISREL 8.50 version are carried out to analyse the measurement and structural model. The questionnaire distributed proportionally to all employees in the 5 RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah from five provinces in Java, during the months of January-June, 2011. The response rate is 1198 (79.8%) with the total number of no-missing data is 936 (62.40%). In-depth interviews with Directors of RSMA were also conducted to confirm the results. The measurement model consist of 3 latent exogen variables: Transformational Leadership; Individually Consciousness, Teamwork, which are significantly related each other and have significant impact to Patient Safety Climate. It is valid and reliable ($\alpha=0.05$: $t>1,96$, $SLF>0,70$; $CR=0.90>0.70$, and $VE>0.50$), and also a close fit model ($RMSEA = 0.047 <0,08$). This research shows that the measurement model has good psychometric scores and describes well the patient safety climate condition in each RSMA. It is also proved that Transformational Leadership had a greater positive impact ($SLF=0,56$) directly to the Patient Safety Climate than other variables. This research recommends the developed model to be implemented in all RSMA hospitals and could be used as a reference to develop similar model for other kind of hospital (government or other private hospital)

Keywords: Patient safety climate, structural equation model, transformational leadership, teamwork, individual consciousness.

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	10
1.4 Tujuan Penelitian	11
1.4.1 Tujuan Umum	11
1.4.2 Tujuan Khusus	11
1.5 Urgensi (Keutamaan) Penelitian	11
1.5.1 Urgensi dari Aspek Teoritis	11
1.5.2 Urgensi dari Aspek Metodologis	12
1.5.3 Urgensi dari Aspek Aplikatif.....	12
1.5.4 <i>Novelty</i> (Kebaruan)	13
BAB 2 STUDI PUSTAKA	15
2.1 Keselamatan Pasien (KP).....	15

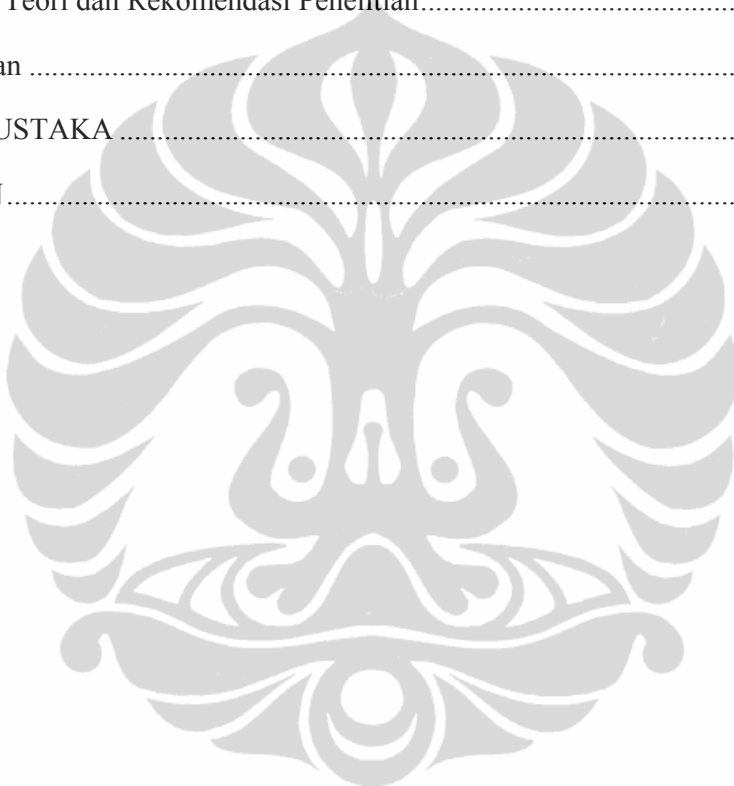
2.1.1	Pendahuluan	15
2.1.2	Perkembangan Keselamatan Pasien di Indonesia	18
2.2	Definisi-definisi dalam Keselamatan Pasien	21
2.3	Budaya Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety Culture</i>)	22
2.4	Pengertian Budaya Keselamatan Pasien	25
2.4.1	Pengukuran Budaya KP melalui Pengukuran Iklim KP	30
2.4.2	Kaitan Konsep Budaya dan Iklim Keselamatan Pasien	31
2.5	Dimensi-dimensi Budaya atau Iklim Keselamatan Pasien	39
2.6	Survey/Studi Pengukuran Budaya dan Iklim Keselamatan Pasien.....	46
2.7	Budaya/Iklim Keselamatan Pasien dan <i>Outcome</i> Keselamatan Pasien	50
2.8	Perubahan Transformasional terkait Keselamatan Pasien dalam Pengembangan Organisasi	51
2.9	Variabel Independen: Faktor-faktor Budaya Keselamatan Pasien beserta Indikator/Variabel Teramati.....	55
2.9.1	Kepemimpinan Transformasional.....	55
2.9.2	Faktor Kerjasama Tim (<i>Teamwork</i>).....	64
2.9.2.1	Komunikasi	67
2.9.2.2	<i>Trust</i> (Rasa Saling Percaya)	69
2.9.2.3	Kepaduan (<i>Cohesiveness</i>).....	70
2.9.3	Faktor Individual.....	72
2.9.3.1	Penilaian Kompetensi Diri	74
2.9.3.2	Penilaian Risiko.....	75
2.9.3.3	Kepatuhan (Kp)	76
2.9.3.4	Pembelajar (Pb)	77
2.9.3.5	Prioritas Keselamatan.....	80
2.9.4	Variabel Dependen : Faktor Budaya Keselamatan RS	81
2.9.4.1	Komitmen Manajemen (Km)	81
2.9.4.2	Pemberdayaan Pegawai (Pp)	84

2.9.4.3	Sistem Pelaporan (Sp)	86
2.9.4.4	Sistem Penghargaan/ <i>Reward</i> (Sr).....	90
2.9.4.5	Identitas Organisasi (Io)	92
2.10	Gambaran Ringkas RS Muhammadiyah- ⁴ Aisyiyah.....	94
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, KERANGKA		
ANALISIS, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL		
3.1	Kerangka Teori	102
3.2	Kerangka Konsep.....	104
3.2.1	Faktor Kepemimpinan Transformasional (<i>Lead</i>).....	105
3.2.2	Faktor Kerjasama Tim/ <i>Teamwork</i> (<i>Team</i>):.....	108
3.2.3	Faktor Kesadaran Individual (<i>Indiv</i>).....	110
3.2.4	Iklm Keselamatan Pasien RS(<i>Climate</i>).....	113
3.2.5	Model Struktural Pengukuran Iklm Keselamatan Pasien	116
3.3	Kerangka Analisis	119
3.4	Hipotesis	119
3.5	Definisi Operasional	121
3.5.1	Variabel Dependen (Variabel laten endogen): Faktor Iklm Keselamatan Pasien di RS (<i>Climate</i>)	121
3.5.2	Variabel Independen (Variabel Laten Eksogen) : Kepemimpinan Transformasional, Kerjasama Tim, Kesadaran Individual	124
3.6	Spesifikasi Alat Ukur/ <i>Blue Print</i> /Kisi-Kisi	129
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		
4.1	Rancangan Penelitian.....	140
4.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	141
4.3	Populasi dan Sampel.....	141
4.4	Informan Penelitian.....	146
4.5	Teknik Pengumpulan Data.....	146

4.6	Instrumen Penelitian	147
4.6.1	Penyusunan Instrumen	147
4.6.2	Instrumen Budaya KP yang Akan Digunakan dan Pengukurannya.....	147
4.6.3	Karakteristik Psikometrik Instrumen	148
4.6.3.1	Validitas.....	148
4.6.3.2	Reliabilitas.....	149
4.7	Manajemen Data	150
4.8	Analisis Data.....	151
4.9	Konsep Dasar	151
4.9.1	Pengukuran Sikap (<i>Attitude</i>)	151
4.9.2	Model Analisis Faktor.....	153
4.9.3	<i>Structural Equation Model (SEM)</i>	155
4.9.4	Model Struktural	155
4.9.5	Model <i>Hybrid (Full SEM)</i>	156
4.9.6	Model <i>2nd-Factor/ Order CFA</i>	156
4.10	Model Pengukuran dalam Notasi Matematika.....	160
4.11	Model Struktural dalam Notasi Matematika.....	161
4.11.1	Enam Tahapan Model Persamaan Struktural (<i>SEM</i>)	162
BAB 5	HASIL PENELITIAN.....	167
5.1	Hasil Univariat.....	167
5.1.1	Pengembangan Instrumen	167
5.1.2	Data Karakteristik Responden	168
5.1.3	Distribusi Frekuensi menurut Variabel	172
5.2	Analisis terhadap Output Program SEM.....	180
5.2.1	Analisis Awal terhadap Estimasi	180
5.2.1.1	Kepemimpinan Transformasional (<i>Lead</i>).....	182
5.2.1.2	Kerjasama Tim (<i>Teamwork</i>).....	187

5.2.1.3	Kesadaran Individual.....	190
5.2.2	Evaluasi Pengujian Kriteria Indeks GoF Model Pengukuran Variabel Laten Eksogen.....	195
5.2.2.1	IklmKeselamatan Pasien (<i>Climate</i>).....	198
5.2.3	Analisis Keseluruhan <i>2nd Order Model</i>	204
c.	Koefisien Determinasi.....	211
BAB 6	PEMBAHASAN	215
6.1	Keterbatasan Penelitian.....	215
6.2	Pembahasan Hasil Penelitian	218
6.2.1	Tingkatan Pengukuran Iklm Keselamatan Pasien RS.....	223
6.2.2	Konstruk Variabel Laten Endogen : Iklm Keselamatan Pasien (<i>Climate</i>)	226
6.3	Konstruk Variabel Laten Eksogen : Kepemimpinan Transformasional (<i>Lead</i>), Kerjasama Tim (<i>Team</i>) dan Kesadaran Individual (<i>Indiv</i>).....	236
6.3.1	Konstruk Variabel Laten Eksogen: Kepemimpinan Transformasional (<i>Lead</i>).....	236
6.3.2	Konstruk Variabel Laten Eksogen: Kerjasama Team (<i>Team</i>)	240
6.4	Konstruk Variabel Laten: Kesadaran Individual	245
6.4.1	Pengaruh Kepemimpinan Transformasional dengan Budaya Keselamatan Pasien di RS.....	252
6.4.2	Pengaruh Kerjasama Tim dengan Iklm/Budaya Keselamatan Pasien di RS	255
6.4.3	Pengaruh Kesadaran Individual dengan Iklm/Budaya Keselamatan Pasien di RS.....	257
6.5	Hubungan antara Variabel Eksogen:	258
6.5.1	Hubungan Kepemimpinan Transformasional (<i>Lead</i>) dengan Kerjasama Tim (<i>Team</i>)	258

6.5.2	Hubungan Kepemimpinan Transformasional (<i>Lead</i>) dengan Kesadaran Individual (<i>Indiv</i>)	259
6.5.3	Hubungan Kerjasama Tim (<i>Team</i>) dengan Kesadaran Individual (<i>Indiv</i>).....	262
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN.....	264
7.1	Kesimpulan	264
	Implikasi Teori dan Rekomendasi Penelitian.....	265
7.2	Saran	265
	DAFTAR PUSTAKA	270
	LAMPIRAN.....	381



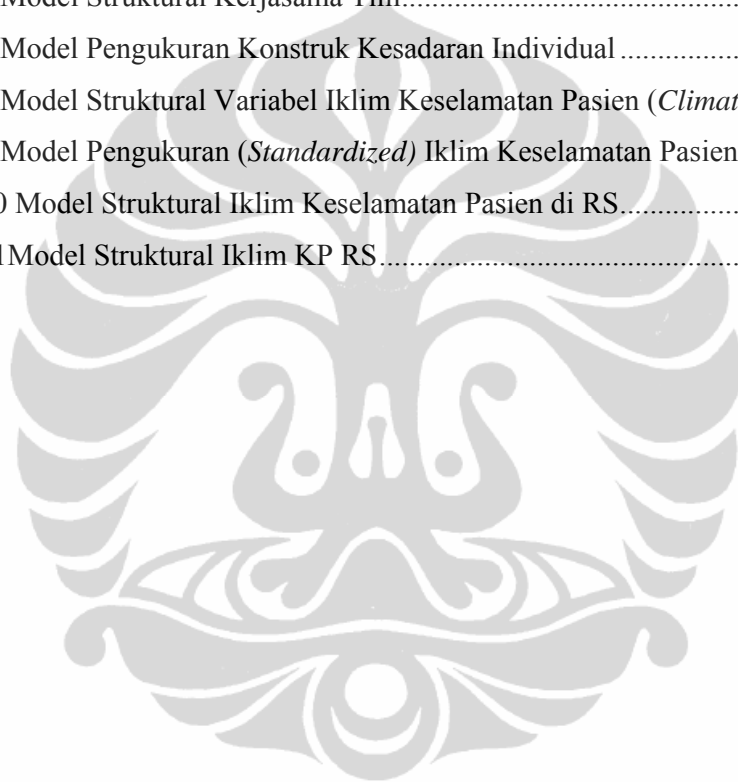
DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1. SURAT IZIN PENELITIAN	279
LAMPIRAN 2. KUESIONER "BUDAYA KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT"	283
LAMPIRAN 3. DATA RESPONDEN	298
LAMPIRAN 4. DESKRIPSI HASIL "CLEANING DATA"	311
LAMPIRAN 5. HASIL-INPUT DATA	323
LAMPIRAN 8: HASIL OUTPUT LISREL VARIABEL ENDOGEN IKLIM KESELAMATAN PASIEN (<i>PATIENT SAFETY CLIMATE</i>)	366
LAMPIRAN 9: HASIL OUTPUT LISREL MODEL	381
LAMPIRAN 10: PANDUAN DAN HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN DIREKSI RSMA	382

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Penyebab Masalah Kecelakaan <i>Swiss Cheese</i> untuk terjadinya <i>ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)</i>	16
Gambar 2.2 Pendekatan Terpadu Keselamatan Pasien	24
Gambar 2.3 Pendekatan Terpadu Keselamatan Pasien	26
Gambar 2.4 Konsep Iklim Keselamatan (<i>Safety Climate</i>) dalam Budaya Organisasi.....	33
Gambar 2.5 Hubungan Budaya-Iklim	36
Gambar 2.6 Dimensi dari Kuesioner Iklim Keselamatan/ <i>The Safety Climate Questionnaire (SCQ)</i>	44
Gambar 2.7 Model Konseptual dari Peran Pelaporan Kejadian/Insiden dalam Memperbaiki Keselamatan	52
Gambar 2.8 Model Burke-Litwin tentang Menterjemahkan Kebutuhan Internal dan Eksternal untuk Memperbaiki Keselamatan Pasien ke dalam Kinerja Organisasi.....	54
Gambar 2.9 Model Kepemimpinan Transformasional.....	61
Gambar 2.10 Proses Penyelarasan	73
Gambar 2.11 Hubungan antara Identitas Organisasi dengan <i>Trust</i>	93
Gambar 3.1 Model Iklim Keselamatan dan <i>Outcome</i> Kecelakaan	103
Gambar 3.2 Model <i>Path Analysis</i> Kepemimpinan Transformasional, Budaya KP, Upaya KP, dan <i>Outcome</i> KP.....	103
Gambar 3.3 Kerangka Konsep Pengembangan Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety Climate</i>) RS Muhammadiyah-'Aisyiyah...	104
Gambar 3.4 Indikator Kepemimpinan Transformasional	107
Gambar 3.5 Indikator Kerjasama Tim	110
Gambar 3.6 Indikator Kesadaran Individual.....	113
Gambar 3.7 Indikator Iklim KP RS.....	116
Gambar 3.8 Model Konseptual <i>2ndCFA</i> Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien RS Muhammadiyah-'Aisyiyah	117
Gambar 3.10 Kerangka Analisis Penelitian Model Pengukuran.....	119
Gambar 4.1 Model SEM Sederhana.....	155
Gambar 4.2 Model <i>Hybrid</i>	156

Gambar 4.3 Indeks GoF (<i>Goodness of Fit</i>).....	164
Gambar 5.1 Distribusi Rerata Indikator Kepemimpinan Transformasional antara RSMA	175
Gambar 5.2 Distribusi Rerata Indikator dari Variabel Kerjasama Team (<i>Team</i>)	176
Gambar 5.3 Distribusi Rerata Indikator Kesadaran Individual antara RSMA....	178
Gambar 5.4 Distribusi Rerata Indikator Budaya KP RSMA	180
Gambar 5.5 Diagram Model Struktural Kepemimpinan Transformasional.....	185
Gambar 5.6 Model Struktural Kerjasama Tim.....	189
Gambar 5.7 Model Pengukuran Konstruk Kesadaran Individual	193
Gambar 5.8 Model Struktural Variabel Iklim Keselamatan Pasien (<i>Climate</i>)....	201
Gambar 5.9 Model Pengukuran (<i>Standardized</i>) Iklim Keselamatan Pasien.....	209
Gambar 5.10 Model Struktural Iklim Keselamatan Pasien di RS.....	210
Gambar 5.11 Model Struktural Iklim KP RS.....	213

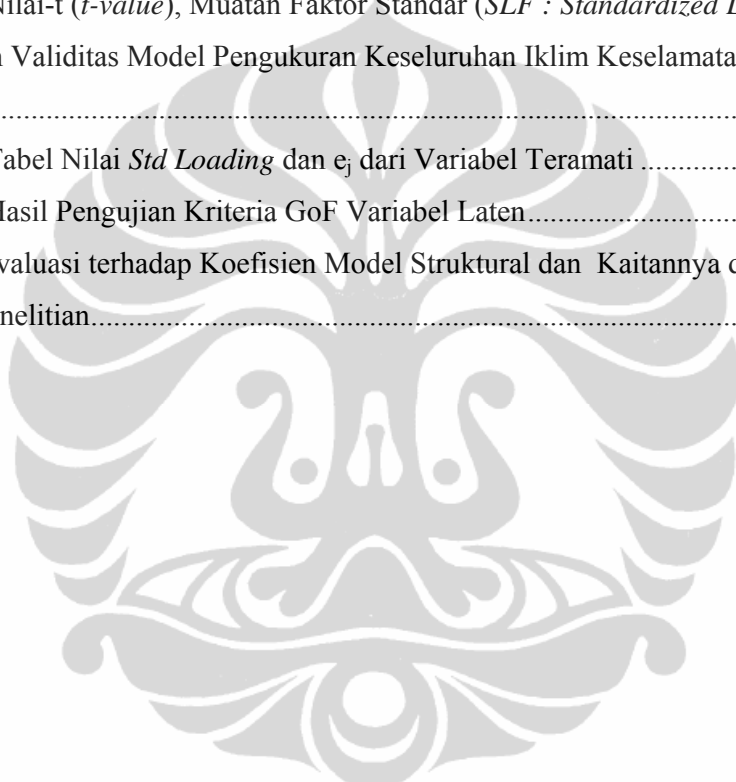


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tingkat Budaya Keselamatan Organisasi	28
Tabel 2.2 Deskripsi Dimensi Budaya Keselamatan di Pelayanan Primer	45
Tabel 2.3 Petunjuk Penggunaan Alat Pengukuran Budaya/Iklm Keselamatan ...	46
Tabel 2.4 Jenis dan Jumlah RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah di Wilayah DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Timur, Tahun 2009	96
Tabel 3.2 Variabel Dependen (Variabel Laten Endogen).....	121
Tabel 3.3 Sub-Faktor Variabel Dependen (Variabel Laten Endogen).....	122
Tabel 3.4 Variabel Independen (Variabel Laten Eksogen).....	124
Tabel 3.5 Sub-Faktor Variabel Independen (Variabel Laten Eksogen).....	125
Tabel 3.6 Spesifikasi Alat Ukur/ Blue Print/Kisi-Kisi.....	129
Tabel 4.1 Ukuran Sampel Minimal dengan Banyaknya Variabel.....	142
Tabel 4.2 Distribusi Jumlah Sampel di RSMA.....	143
Tabel 4.3 Distribusi Sampel RSI Cempaka Putih dan RSM Bandung	144
Tabel 4.4 Distribusi Sampel RS Roemani Semarang dan RSM PKU Yogyakarta	144
Tabel 4.5 Distribusi Sampel RSA Ponorogo Jawa Timur.....	145
Tabel 4.6 Distribusi Jumlah Kuesioner yang Berkumpul	145
Tabel 5.1 Hasil Koreksi Bahasa Draft Kuesioner	167
Tabel 5.2 Distribusi Responden berdasarkan Wilayah/Unit Kerja RSMA.....	168
Tabel 5.3 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Status, Keikutsertaan Pelatihan/Seminar KP, Interaksi dengan Pasien	169
Tabel 5.4 Distribusi Responden menurut Posisi di Unit Kerja/Bagian.....	170
Tabel 5.5 Distribusi Responden menurut Lama Bekerja di RSMA.....	171
Tabel 5.6 Distribusi Responden menurut Lama Bekerja di Unit/Bagian RSMA	171
Tabel 5.7 Distribusi Butir Kuesioner yang Valid dan Nilai Rerata untuk Setiap Indikator dari Variabel Kepemimpinan Transformasional, Kerjasama Tim, Kesadaran Individual dan Iklm Keselamatan Pasien di RSMA	172
Tabel 5.8 Distribusi Responden berdasarkan RerataTotal Variabel Laten.....	173
Tabel 5.9 Distribusi Responden berdasarkan RerataTotal untuk Setiap Indikator dari Variabel Kepemimpinan Transformasional.....	174

Tabel 5.10 Distribusi Responden berdasarkan Rerata setiap Indikator dari Variabel Kerjasama Tim	175
Tabel 5.11 Distribusi Responden berdasarkan Rerata Variabel Kesadaran Individual	177
Tabel 5.12 Distribusi Responden berdasarkan Rerata Indikator Variabel Iklim KPRSMA	179
Tabel 5.13 Nilai-t (<i>t-value</i>), Muatan Faktor Standar (<i>SLF : Standardized Loading Factors</i>) dan Validitas Model Pengukuran Kepemimpinan Transformasional ..	182
Tabel 5.14 Tabel Nilai <i>Std Loading</i> dan e_j dari Variabel Teramati untuk Konstruksi Kepemimpinan Transformasional	183
Tabel 5.15 Distribusi Nilai Estimasi, SLF, Nilai-t Indikator Kepemimpinan Transformasional	184
Tabel 5.16 Butir-butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Kepemimpinan Transformasional	185
Tabel 5.17 Validitas Model Pengukuran Kerjasama Tim	187
Tabel 5.18 Tabel Nilai <i>Std Loading</i> dan e_j dari Variabel Teramati untuk Konstruksi Kerjasama Tim	188
Tabel 5.19 Distribusi Nilai Estimasi, SLF, Nilai-t Indikator Kerjasama Tim	188
Tabel 5.20 Butir-butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Kerjasama Tim (Team)	189
Tabel 5.21 Nilai-t (<i>t-value</i>), Muatan Faktor Standar (<i>SLF : Standardized Loading Factors</i>) dan Validitas Model Pengukuran Kesadaran Individual	191
Tabel 5.22 Tabel Nilai <i>Std Loading</i> dan e_j dari Variabel Teramati untuk Konstruksi Kesadaran Individual	192
Tabel 5.23 Distribusi Nilai Estimasi, SLF, Nilai-t Indikator Kesadaran Individual	192
Tabel 5.24 Butir-butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Kesadaran Individual	194
Tabel 5.25 Hasil Pengujian Kriteria GoF Variabel Laten Eksogen (<i>Lead, Team, Indiv</i>)	198
Tabel 5.26 Nilai-t (<i>t-value</i>), Muatan Faktor Standar (<i>SLF : Standardized Loading Factors</i>) dan Validitas Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien	199

Tabel 5.27 Tabel Nilai <i>Std Loading</i> dan e_j dari Variabel Teramati untuk Konstruksi Iklim Keselamatan Pasien	200
Tabel 5.28 Distribusi Nilai Estimasi, SLF, Nilai-t Indikator Iklim Keselamatan Pasien	201
Tabel 5.29 Butir-butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Iklim Keselamatan Pasien (<i>Climate</i>)	202
Tabel 5.30 Hasil Pengujian Kriteria GoF Variabel Laten Endogen ” <i>Climate</i> ” ..	204
Tabel 5.31 Nilai-t (<i>t-value</i>), Muatan Faktor Standar (<i>SLF : Standardized Loading Factors</i>) dan Validitas Model Pengukuran Keseluruhan Iklim Keselamatan Pasien	204
Tabel 5.32 Tabel Nilai <i>Std Loading</i> dan e_j dari Variabel Teramati	205
Tabel 5.33 Hasil Pengujian Kriteria GoF Variabel Laten.....	208
Tabel 5.34 Evaluasi terhadap Koefisien Model Struktural dan Kaitannya dengan Hipotesis Penelitian.....	212



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keselamatan Pasien/KP (*Patient Safety*) merupakan isu global dan nasional bagi rumah sakit serta merupakan komponen penting dari mutu layanan kesehatan. WHO (2004) menyatakan dengan jelas bahwa KP merupakan prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu. Dalam lingkup nasional, sejak bulan Agustus 2005, Menteri Kesehatan RI telah mencanangkan Gerakan Nasional Keselamatan Pasien (GNKP) Rumah Sakit (RS) yang kemudian dilanjutkan dengan berbagai upaya Depkes RI untuk memperbaiki KP di RS. Upaya tersebut diantaranya adalah penyusunan Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien RS (tahun 2006, edisi 2 tahun 2008) dan Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (tahun 2007, edisi 2 tahun 2008). Selanjutnya KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) Depkes RI telah pula menyusun Standar KP RS (Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang dimasukkan ke dalam instrumen akreditasi RS (versi 2007) di Indonesia.

Fokus terhadap keselamatan pasien ini didorong oleh masih tingginya angka Kejadian Tak Diinginkan (KTD) atau *Adverse Event /AEdi* RS maupun pelayanan kesehatan lainnya baik secara global maupun nasional. KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 4.0-16.6 % (Vincent, 2005 dalam Raleigh, 2009), dan hampir 50 % di antaranya diperkirakan adalah kejadian yang dapat dicegah (Smits et al., 2008). Akibat KTD ini diindikasikan menghabiskan biaya yang sangat mahal baik bagi pasien maupun sistem layanan kesehatan (Flin, 2007). Di Amerika, tercatat sebanyak 238.337 insiden kematian yang berpotensi dapat dicegah selama tahun 2004 hingga 2006 (Krause & Hindley, 2008). Dampak pergerakan keselamatan pasien dalam memperbaiki sistem pelayanan kesehatan relatif meningkat (Palmieri et al, 2008, dikutip oleh Savage & Ford, 2008). Pergerakan keselamatan pasien ini memerlukan transformasi di area identifikasi *error*, perbaikan proses, dan renovasi budaya untuk mencegah pasien

dari cedera (*Committee on the Future of Rural Healthcare*, 2005; *IOM*, 2001, 2003, 2004, 2007a, 2007b; Kohn et al, 2000 dikutip oleh Savage & Ford, 2008).

Data KTD di Indonesia sendiri masih sulit diperoleh secara lengkap dan akurat, tetapi dapat diasumsikan tidaklah kecil (KKP-RS, 2006). Laporan Insiden KP (IKP) selama bulan September 2006- Agustus 2007 yang masuk ke Komite KP RS Indonesia menunjukkan terdapat 145 insiden KP, dengan tiga wilayah terbanyak yaitu DKI, Jateng dan Yogyakarta. Selain itu, di Jakarta sendiri terdapat 48 kasus pidana malpraktek yang dilaporkan di Polda Metro, dan 160 kasus perdata yang dilaporkan oleh LBH Kesehatan (Sampurna(2005) dalam Yahya(2006)).

Upaya-upaya KP untuk menekan angka KTD di RS sudah banyak dilakukan. Dalam berbagai penelitian yang dilakukan akhir-akhir ini di berbagai negara, diyakini bahwa upaya menciptakan atau membangun budaya keselamatan/*safety culture* merupakan langkah pertama dalam langkah-langkah mencapai KP, sebagaimana tercantum pula dalam langkah pertama dari konsep "Tujuh Langkah Menuju KP RS" di Indonesia, yaitu "Bangun Kesadaran akan Nilai KP. Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil." Membangun budaya KP ini penting, karena perbaikan dalam KP akan berhasil apabila organisasi pemberi layanan kesehatan mengadopsi budaya keselamatan (Apsden et al., 2004). Selain itu, diketahui bahwa hambatan terbesar untuk memperbaiki pelayanan kesehatan yang lebih aman adalah budaya dari organisasi kesehatan (Cooper, 2000).

Beberapa contoh dalam hal upaya membangun budaya KP adalah upaya yang dilakukan di Amerika, Inggris dan negara lainnya. *JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)* di Amerika, sejak tahun 2007 menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya keselamatan sebagai target KP; *NPSA (National Patient Safety Agency)* di Inggris mencantumkan budaya keselamatan sebagai langkah pertama dari "Seven Steps to Patient Safety" (Phillips, 2005). Pentingnya budaya keselamatan di layanan kesehatan juga digaris-bawahi oleh laporan-laporan dari WHO (*World Health Organization*) (2006), *European Commission* (2005) dan *the Council of Europe* (2006) (Hellings et al., 2007).

Memperbaiki budaya KP pada saat ini ditujukan untuk mengurangi kesalahan medis (Pronovost & Sexton, 2005). Artinya bahwa budaya KP yang kuat dan proaktif mempunyai karakteristik yang mencakup adanya komitmen dari kepemimpinan untuk mendiskusikan dan belajar dari kesalahan/*errors*, mendokumentasikan dan memperbaiki KP, mendorong dan mempraktekkan kerja tim, mengenali kesalahan yang tak dapat dihindarkan atau potensi *hazard*, proaktif mengidentifikasi ancaman laten, dan menegakkan sistem *non-punitive* bahkan menghargai sebagai pahlawan dalam memperbaiki keselamatan untuk pekerja yang melakukan pelaporan dan analisis KTD (Pronovost et al., 2003 & Bognar et al., 2008). Perubahan budaya yang diharapkan mencakup: (1) budaya keselamatan, (2) budaya pembelajaran yang aman (*blame free*), (3) budaya pelaporan dan (4) budaya belajar (Yahya, 2006).

Dalam perkembangannya, pengukuran terhadap budaya KP ini dapat pula dilakukan melalui pengukuran terhadap iklim (*climate*) KP. Hal ini mengingat budaya KP, sebagaimana budaya organisasi, memuat pula isi berupa asumsi-asumsi bawah sadaryang sulit dilihat dan sulit pula diukur secara sederhana. Adapun iklimKP- sebagaimana pengertian iklim organisasi-merupakan unsur dari budaya yang mudah diukur dan diidentifikasi (Schein, 2004, dalam Currie, 2007). Iklim lebih pada mengukur sikap dan persepsi positif atau negatif individu terhadap aspek-aspek budaya (Cooper et al., 2008). Survey yang dilakukan terhadap iklim keselamatan ini dinyatakan dapat mendiagnosis lapisan bawah dari budaya keselamatan (Flin, 2007), dan secara prospektif dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang terkait dengan keselamatan dalam kerutinan pekerjaan atau mengidentifikasi kondisi-kondisi yang ditujukan untuk implementasi dan monitor perubahan (Flin, 2007 dan Nieva et al., 2003 dalam Pfeiffer et al., 2008).

Pengukuran terhadap budaya keselamatan melalui iklim keselamatan sudah banyak dilakukan di berbagai industri seperti industri pesawat, pengeboran minyak, dan akhir-akhir ini di layanan kesehatan. Sebagian besar survey terhadap budaya atau iklim KP memang banyak dilakukan untuk lingkup RS dibandingkan dengan layanan kesehatan lainnya, meskipun akhir-akhir ini mulai banyak dilakukan di bidang farmasi, praktek dokter pribadi atau klinik kesehatan (Castle & Sonon, 2006 dalam Flin, 2007). Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh

Guldenmund (2000) terhadap penelitian-penelitian tentang budaya atau iklim keselamatan di berbagai industri menyatakan bahwa meskipun budaya atau iklim keselamatan umumnya diakui sebagai konsep-konsep yang penting, pada kenyataannya tidak banyak konsensus yang dicapai selama 20 tahun terakhir dalam hal penyebab, isi, dan akibat-akibat dari budaya atau iklim keselamatan. Demikian halnya di dalam industri layanan kesehatan sendiri, kita akan menemukan beberapa pengukuran yang dilakukan mempunyai kemiripan dalam menilai komponen-komponen budaya atau iklim KP.

Di lingkup organisasi layanan kesehatan, penelitian tentang budaya atau iklim keselamatan pasien adalah suatu area penelitian yang sedang tumbuh pesat untuk menguji bagaimana nilai, sikap, persepsi, kompetensi individu dan perilaku orang dan kelompok menentukan komitmen, cara dan keahlian organisasi dalam manajemen kesehatan dan keselamatan (Handler et al., 2006). Beberapa contoh survey tentang budaya/iklim KP di antaranya adalah yang dilakukan di Amerika, Konsorsium KP di Amerika telah melakukan analisis terhadap hasil survey Iklim KP yang dilakukan pada tahun 2001 dan 2002 dengan instrumen yang sama, yaitu *Patient Safety Climate in Health Care Organization (PSCHO)* terhadap seluruh RS di sekitar California dan Nevada yang tergabung dalam konsorsium tersebut. Hasil analisis tersebut menggambarkan respon-respon yang menunjukkan iklim KP yang lemah (*problematic responses*), serta gambaran perubahannya selama dua tahun pengukuran dan komponen apa saja yang memiliki progres yang tertinggi, yang mengalami kesulitan tertinggi, dan beberapa faktor kritis yang diperlukan untuk memperbaiki budaya KP dan KP secara umumnya (Singer et al., 2003). Survey budaya/iklim keselamatan juga sudah menjadi pendekatan yang umum untuk memonitoring KP, dan berbagai jenis instrumen pengukurannya terus mengalami pengembangan (Matsubara et al., 2008).

Budaya/Iklim keselamatan dibangun oleh berbagai faktor (dimensi), dan berbagai peneliti mencoba mengidentifikasi dimensi-dimensi tersebut. Dimulai dari penelitian oleh Zohar (tahun 1980) dengan 8 dimensi, di antaranya sikap manajemen terhadap keselamatan, dampak praktek-praktek keselamatan kerja terhadap promosi, dst. Kemudian berkembang secara luas khususnya di layanan kesehatan. Penelitian Gershon et al. (2000) menghasilkan 6 faktor/dimensi

diantaranya adalah dukungan manajemen, umpan balik/pelatihan, minimal konflik/komunikasi yang baik, dst. Survey tentang budaya keselamatan pasien yang sering digunakan sebagai acuan di berbagai negara karena mempunyai sifat psikometris yang terbaik dan dirancang untuk seluruh pekerja di RS adalah yang dilakukan oleh Sorra & Nieva (2004), yang dikenal sebagai *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, yang mempunyai 12 dimensi budaya keselamatan dan 2 dimensi *outcome*. Masih banyak lagi penelitian tentang iklim atau budaya keselamatan ini yang menghasilkan perbedaan dalam jumlah dimensi/faktor yang membangunnya, dan dinilai dapat mendeteksi perhatian staf RS terhadap KP.

Sejumlah studi di bidang kesehatan maupun non kesehatan juga mencoba meneliti hubungan antara budaya/iklim keselamatan suatu organisasi dengan *outcome* KP, namun penelitian semacam ini belum banyak dilakukan. Gershon et al. (2000) meneliti hubungan iklim keselamatan di RS dengan insiden di tempat kerja yang berisiko tinggi; *SAQ (Safety Attitude Questionnaire)* yang digunakan di tiga negara (Amerika, Inggris dan Selandia Baru), mengeksplorasi hubungan skor iklim keselamatan dengan *outcome* pasien. Skor positif iklim keselamatan dihubungkan dengan lama rawat yang lebih pendek, kesalahan medis yang lebih rendah, tingkat infeksi aliran darah yang lebih rendah dan tingkat ventilator untuk pneumonia yang lebih rendah (Colla et al., 2005 dalam Hellings et al., 2007)); Singer et al. (2009) meneliti hubungan iklim keselamatan dengan kinerja keselamatan (berupa 12 indikator keselamatan pasien tertentu seperti komplikasi *anesthesia*, *decubitus ulcer*, dst). Selain itu, hasil pengukuran budaya/iklim KP mempunyai hubungan yang bermakna secara langsung maupun tidak langsung terhadap upaya/inisiatif KP dan *outcome* KP (Mc Fadden et al., 2009).

Dengan adanya berbagai model pengukuran budaya keselamatan pasien maupun iklim keselamatan pasien di RS berikut berbagai dimensi/faktor yang membangunnya yang dilakukan di berbagai negara, serta memiliki karakteristik psikometrik yang umumnya baik, maka beberapa negara melakukan pengembangan khusus model pengukuran budaya/iklim keselamatan pasien yang disesuaikan dengan kondisi RS yang ada di negara masing-masing. Sebagai contoh, penelitian di Jepang yang dilakukan oleh Matsubara et al., tahun 2005,

yang membuat model pengukuran ini yang sesuai dengan *setting* Jepang dengan memperhatikan tingkat validitas dan reliabilitas yang tinggi. Penelitian lainnya yang melakukan adaptasi terhadap 12 dimensi instrumen *HSOPSC* di Amerika, yaitu di Swiss (oleh Pfeiffer et al., 2008) menjadi 10 dimensi; di Belanda menjadi 11 dimensi (Smits et al., 2008), dan mungkin masih banyak lagi.

Di Indonesia sendiri kemungkinan ada RS yang sudah melakukan pengukuran budaya KP, tetapi masih menggunakan instrumen dari luar yang kemudian diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia, seperti dari *MaPSaT* (*Manchester Patient Safety Assessment Tools*) atau dari *AHRQ* (*Agency for Healthcare Research and Quality*). Namun, sejauh ini belum diketahui bagaimana hasil analisisnya. Untuk itu, seiring dengan penggunaan model pengukuran budaya keselamatan pasien yang makin meningkat di lingkup internasional dan mulai pula dilakukan di Indonesia, maka dapat dimungkinkan pula membuat model pengukuran budaya/iklim keselamatan pasien yang sesuai atau cocok dengan *setting* RS di Indonesia. Bagaimana menerjemahkan butir-butir dari dimensi-dimensi budaya keselamatan dari instrumen yang sudah ada (umumnya bahasa Inggris) ke dalam bahasa Indonesia yang mudah dipahami, dan bagaimana kemampuannya agar mempunyai nilai validitas dan reliabilitas yang tinggi. Hal ini menjadi sangat penting sebagai informasi mendasar bagi efektifitas strategi upaya-upaya keselamatan pasien yang akan dilakukan RS di Indonesia. Validitas dan reliabilitas tersebut menjadi penting, mengingat hasil pengukuran budaya/iklim keselamatan itu sendiri dapat dipertimbangkan sebagai alternatif indikator kinerja keselamatan (Guldenmund, 2000).

Hasil pengukuran budaya keselamatan, dapat berupa iklim/budaya keselamatan yang positif atau negatif, serta dapat dianalisa dalam empat tingkatan, yaitu: organisasi, manajemen, tim dan individu (Hsu et al., 2006). Budaya keselamatan yang positif diantaranya mencakup prioritas kepentingan terhadap keselamatan, keterlibatan karyawan di seluruh tingkatan, peran staf keselamatan, kepercayaan, keterbukaan komunikasi, keyakinan akan perbaikan keselamatan dan integrasi keselamatan ke dalam organisasi (Hale, 2000, yang dikutip oleh Choudhry et al., 2006). Dalam penelitian ini, sebagaimana ditemukan dalam banyak penelitian tentang iklim/budaya KP, elemen-elemen dasar budaya

dan iklim keselamatan akan dibedakan sesuai kerangka konsep dari Schein(1985), maupun Bennis (1999) dan Brown (1998) yang mengembangkan elemen-elemen dasar budaya organisasi dari Schein (Susanto, et al., 2008). Di level kedua elemen dasar inilah diartikan konsep sikap, yang disamakan dengan iklim organisasi (Guldenmund, 2000). Schein sendiri memahami iklim sebagai *preceding culture*, atau *culture in making*. Lebih jauh lagi, Schein menuliskan bahwa iklim akan merupakan refleksi dan manifestasi dari asumsi-asumsi budaya.

Hal yang penting pula untuk diperhatikan dari uraian di atas adalah budaya atau iklim keselamatan adalah bagian dari suatu budaya perusahaan/korporat. Budaya perusahaan sendiri adalah bagian dari suatu budaya industri dan budaya bangsa (Ludborzs,1995, dikutip oleh Guldenmund, 2000). Jadi, untuk Indonesia misalnya, budaya KP adalah bagian dari budaya RS atau organisasi layanan kesehatan lainnya yang ada di Indonesia, yang juga bagian dari budaya industri kesehatan di Indonesia, dan selanjutnya merupakan bagian pula dari budaya bangsa Indonesia.

Terkait dengan penelitian atau pengukuran budaya atau iklim KP di RS di Indonesia, maka masih belum diperoleh data lengkap terkait dengan RS mana saja yang telah melakukannya dan juga model pengukuran iklim atau budaya KP yang manakah yang sesuai dengan kondisi RS di Indonesia. Termasuk di dalamnya, untuk RS yang dimiliki oleh Persyarikatan Muhammadiyah yang tersebar di seluruh Indonesia. Persyarikatan Muhammadiyah dan 'Aisyiyah adalah salah satu organisasi kemasyarakatan keagamaan yang besar yang ada di Indonesia. Amal usaha Muhammadiyah di bidang kesehatan saat ini telah memiliki sekitar 72 RS, 91 RS Bersalin, 92 Balai Kesmas, dan 23 Balai Kesehatan Ibu Anak. RS Muhammadiyah-'Aisyiyah (RSMA) tersebut merupakan salah satu amal usaha Persyarikatan Muhammadiyah dalam bidang kesehatan, sebagai mitra swasta yang ikut memperkuat masyarakat dan membantu pemerintah dalam bidang kesehatan.

Dalam kaitannya dengan isu KP yang kini menjadi isu aktual di RS, berdasarkan wawancara informal dengan beberapa tokoh di kalangan Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat Pimpinan Pusat Muhammadiyah (MKKM PP Muhammadiyah) yang sekarang berubah menjadi MPKU (Majlis Pembina Kesehatan Umum), dan beberapa pengelola beberapa RS

Muhammadiyah, maka dirasakan inisiatif manajemen RS milik Muhammadiyah-'Aisyiyah ini masih kurang dalam merespon hal tersebut. Misalnya saja, masih sedikitnya jumlah RS Muhammadiyah-'Aisyiyah yang mengikuti pelatihan tentang KP-RS yang biasanya rutin diselenggarakan selama ini oleh PERSI, padahal pemahaman organisasi tentang pengetahuan dan ketrampilan adalah hal yang mendasar untuk praktik layanan kesehatan yang aman (Aspden, et al., 2004). Upaya penerapan KP di beberapa RSMuhammadiyah-'Aisyiyah (RSMA) yang juga masih dirasakan kurang berjalan dengan baik, dan lebih banyak tergantung pada komitmen pimpinan. Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Naveh, dkk (2005) memang menunjukkan bahwa prosedur keamanan yang ditetapkan dan aliran informasi yang jelas dan sering dilakukan dapat mengurangi kesalahan dalam layanan kesehatan yang diberikan, hanya jika manajer menerapkan keselamatan dan melalui pengaruhnya untuk menekankan prioritas keselamatan di dalam unit masing-masing.

Selanjutnya, dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Setiowati (2002) dan Qodriani (2007) tentang analisis budaya organisasi menurut teori Cameron dan Quinn di dua RS yang dimiliki Muhammadiyah (tipe B dan tipe C), menunjukkan bahwa tipe budaya organisasi di kedua RS tersebut saat itu dan yang diharapkan adalah tipe budaya Klan/*Group*. Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Stock et al.(2006) pada 500 RS di Washington DC, menunjukkan orientasi klan di RS memang yang paling kuat, diikuti hierarki, sehingga RS tersebut lebih berorientasi internal. Berdasarkan penelitian yang sama pula, budaya klan/grup ini, dengan penekanan pada pengembangan manusia, komitmen terhadap orang lain, dan partisipasi, merupakan faktor positif dalam mengurangi kesalahan di RS, serta penting dalam tahap awal program penurunan kesalahan, dimana pemahaman dan kepedulian terhadap kesalahan menjadi fokusnya.

Selain itu, beberapa masalah terkait dengan budaya atau iklim KP yang juga dikemukakan dalam dua buah penelitian di RS Muhammadiyah-'Aisyiyah tersebut di atas diantaranya adalah: adanya keluhan pasien terhadap perawat, masa tunggu yang lama di UGD dan dalam penempatan pasien, lingkungan kerja yang bersifat "kekeluargaan" yang menimbulkan rasa sungkan dengan karyawan lain, karyawan sulit/kurang dapat mengikuti kebijakan baru, kurangnya kepedulian

personil tentang rekam medis, frekuensi yang cukup sering terkait dengan keterlambatan kedatangan karyawan dan karyawan meninggalkan tempat saat jam kerja, respons yang lambat dari pihak manajemen terhadap keluhan pasien, budaya senioritas yang menghambat pengembangan kemampuan karyawan junior, serta transparansi dalam perekrutan pegawai.

Dari uraian di atas, maka alternatif langkah pertama yang mendasar dalam upaya memperbaiki KP di RS, khususnya RS Muhammadiyah 'Aisyiyah adalah menilai atau mengukur kondisi iklim/budaya KP yang ada sekarang. Langkah ini dirasakan perlu dilakukan karena tantangan utama untuk memperbaiki KP adalah untuk mencapai adanya suatu perubahan budaya (Claridge & Sandars dalam Sandars & Cook, 2007). Membangun iklim/budaya KP ini menjadi tanggung jawab semua anggota di RS tersebut, dari staf hingga manajer, untuk menempatkan KP sebagai prioritas pertama.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian di atas dapat kita rumuskan beberapa masalah berikut:

- a. KTD/AE di Rumah Sakit di berbagai negara menunjukkan angka yang tidak kecil, yaitu : 2.9-16.6 % (WHO, 2004)
- b. Data KTD/AE sebagai data *outcome* dari suatu KP di Indonesia masih sangat minim, dan dapat diasumsikan tidaklah kecil (KKP-RS 2006). Khususnya di lingkungan RS Muhammadiyah-'Aisyiah, dokumentasi data ini secara lengkap masih belum dilakukan. Bisa jadi dikarenakan budaya pelaporan Insiden KP, yang sudah tercakup dalam pedomannya dan pedoman KP lainnya belum dapat dilaksanakan dengan optimal.
- c. Berdasarkan penelitian-penelitian yang ada di berbagai negara, pengukuran budaya/iklim KP sudah dilakukan baik secara lokal maupun nasional, dan menjadi faktor mendasar dan langkah awal dalam menentukan prioritas upaya-upaya KP dan berpengaruh terhadap perbaikan *outcome* KP. Hal ini belum dilakukan di Indonesia sebagai informasi yang mendasar bagi pihak-pihak yang berkepentingan sebagai upaya mencapai efektifitas upaya KP yang

- telah dilakukan dan memenuhi standard akreditasi RS. Informasi tersebut berupa peta atau gambaran dimensi-dimensi konstruk budaya/iklim KP yang sesuai, dan dapat pula dibuat instrumennya, sehingga dapat diterapkan untuk mengukur budaya/iklim KP di tingkat RS maupun di berbagai profesi yang ada di RS (dokter, perawat, non medis, penunjang medis, manajemen)
- d. Beberapa jenis instrumen pengukuran budaya/iklim KP RS telah dibuat dan dikembangkan di berbagai negara dan memiliki nilai validitas dan reliabilitas yang baik, tetapi sebagaimana yang dilakukan di beberapa negara, masih memerlukan penyesuaian dengan budaya setempat. Artinya, untuk Indonesia, instrumen tersebut masih memerlukan penyesuaian dengan sistem pelayanan kesehatan RS di Indonesia. Hal ini belum dilakukan di Indonesia, artinya instrumen tersebut diharapkan memiliki dimensi-dimensi iklim KP tertentu yang disepakati dan sekaligus memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi. Dalam penelitian ini, khususnya instrumen pengukuran iklim KP bagi RS-RS yang tergabung dalam kepemilikan Persyarikatan Muhammadiyah, yang mempunyai karakteristik khusus, yaitu bersifat keagamaan (Islami), sosial (kepedulian kepada *dhu'afa*) dan mempunyai kecenderungan orientasi budaya organisasi klan/*group*.
 - e. Berdasarkan beberapa penelitian, masih ditemukannya berbagai masalah yang terkait dengan budaya/iklim KP di RS Muhammadiyah-*'Aisyiah*. Sehingga permasalahan itu mungkin saja menjadi kendala dalam melakukan upaya-upaya perbaikan KP di RS tersebut.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berikut ini adalah pertanyaan-pertanyaan yang terkait dengan permasalahan di atas:

- a. Faktor-faktor apa saja yang membangun konstruk iklim KP di RS Muhammadiyah-*'Aisyah*?

- b. Bagaimana model pengukuran iklim KP RS berdasarkan konstruk iklim KP yang diperoleh ?
- c. Bagaimana nilai validitas, reliabilitas (karakteristik psikometrik) model instrumen iklim KP yang diperoleh tersebut?
- d. Bagaimana hubungan antar faktor-faktor yang membangun konstruk iklim KP yang diperoleh?
- e. Bagaimana model struktural iklim KP RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah yang dapat dibentuk?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diperolehnya model pengukuran Iklim Keselamatan Pasien (*Patient Safety Climate*) di RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah, tahun 2011.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1. Diperolehnya faktor-faktor yang membangun konstruk/model pengukuran iklim KP RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah.
2. Diperolehnya hasil evaluasi terhadap validitas, reliabilitas (karakteristik psikometrik) model pengukuran iklim KP RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah.
3. Diperolehnya informasi tentang hubungan antar faktor-faktor dalam model pengukuran iklim KP tersebut.
4. Diperolehnya model struktural pengukuran iklim KP RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah.

1.5 Urgensi (Keutamaan) Penelitian

1.5.1 Urgensi dari Aspek Teoritis

Keselamatan pasien adalah isu makro/global RS, merupakan prinsip dasar dari *patient care* & komponen kritis dari Manajemen Mutu (WHO 2004). Sebelum

menerapkan upaya-upaya keselamatan dalam organisasi layanan kesehatan, satu langkah yang penting adalah mengetahui dengan jelas bagaimana budaya/iklim keselamatan pasien di organisasi tersebut.

Melalui penelitian ini, dapat diperoleh model pengukuran Iklim Keselamatan Pasien yang sesuai dengan budaya/iklim RS yang ada di Indonesia, khususnya RS milik Muhammadiyah-'Aisyiyah, yang merupakan pengembangan dari teori-teori budaya KP yang ada. Selanjutnya, dengan model ini dapat dilakukan perbandingan kondisi budaya KP dari waktu ke waktu untuk melihat apakah upaya/intervensi perbaikan KP yang dilakukan antar periode pengamatan tersebut dapat pula mempengaruhi iklim KP, yang pada akhirnya memperbaiki *outcome* KP.

1.5.2 Urgensi dari Aspek Metodologis

Yang utama dari penelitian ini adalah diperolehnya model pengukuran dan struktural iklim KP RS yang sesuai dg budaya RS Indonesia, khususnya RS Muhammadiyah-'Aisyiyah yang mempunyai karakteristik tertentu. Artinya, pengukuran yang mudah dipahami dan relevan dengan *setting* RS dengan ciri keagamaan (Islam) dan cenderung berorientasi sosial dan budaya klan/group, dengan validitas dan reliabilitas yang tinggi.

Untuk itu, penelitian diawali dengan studi literatur terhadap instrumen pengukuran iklim KP yang ada (dari beberapa negara lain) yang sudah diketahui nilai validitas dan reliabilitasnya. Kemudian melalui wawancara semi terstruktur peneliti mengeksplorasi variabel-variabel yang terkait dengan konstruk iklim KP RS Muhammadiyah-'Aisyiyah (RSMA). Setelah itu dilakukan analisis reliabilitas dan validitas model pengukuran iklim KP dari model tersebut, serta melakukan analisis struktural terhadap model tersebut. Berikut wawancara dengan Direktur RSMA untuk konfirmasi model yang diperoleh.

1.5.3 Urgensi dari Aspek Aplikatif

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi untuk rencanapembuatan standard model pengukuran iklim KP, jika memungkinkan dapat dibuat *software* yang mudah digunakan oleh pihak manajemen RS. Dengan

standard tersebut, hasil pengukuran dapat diperoleh, dan digunakan sebagai informasi mendasar dalam mendorong perubahan, memperbaiki sikap dan perilaku, merumuskan strategi-strategi intervensi perbaikan iklim KP di RS, khususnya di RS Muhammadiyah-'Aisyiyah yang tersebar di seluruh Indonesia.

Informasi tersebut akan dapat membantu pihak manajemen RS dalam mencapai efektifitas dan efisiensi pelaksanaan program keselamatan pasien yang akan direncanakan, atau sebagai evaluasi terhadap program KP yang telah dilakukan selama ini. Selain itu, dengan mengetahui informasi tentang kondisi iklim KP RS tersebut, upaya pemenuhan standard akreditasi RS yang terkait dengan keselamatan pasien akan lebih terbantu.

1.5.4 Novelty (Kebaruan)

Penelitian iklim keselamatan pada awalnya banyak dilakukan di industri berisiko tinggi seperti industri nuklir, transportasi udara dan yang sejenisnya, tetapi relatif belum banyak dilakukan di layanan kesehatan/RS yang berupa penelitian terhadap iklim keselamatan pasien. Di Indonesia sendiri sejauh ini belum dilakukan secara khusus untuk membuat model pengukuran iklim/budaya keselamatan pasien sebagai salah satu ukuran kinerja keselamatan pasien di RS,, yang merupakan langkah awal dalam upaya membangun keselamatan pasien di RS, sebagaimana tercantum dalam Pedoman KP-RS di Indonesia. Lebih khusus lagi, model pengukuran iklim keselamatan yang dapat diterapkan untuk RS dengan ciri khusus keagamaan (Islam), yaitu RS Muhammadiyah-'Aisyiyah.

Dari berbagai studi, seperti survey iklim keselamatan pasien dari PSCHO (*Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*) dari Stanford pada tahun 2001-2002 di 15 RS yang tergabung dalam konsorsium, menghasilkan instrumen yang mencakup konsep-konsep keselamatan pasien dari instrumen yang sudah ada untuk menilai sikap dan pengalaman pegawai RS tentang iklim KP di organisasinya. Instrumen ini masih menggabungkan penilaian konsep dan pertanyaan secara keseluruhan, artinya tidak dilakukan penilaian berdasarkan tingkatan yang ada di RS. Berbeda dengan penelitian ini, yang menggunakan pendekatan pengukuran/penilaian konsep-konsep terkait keselamatan pasien yang

dikelompokkan ke dalam empat tingkatan yang ada di RS, yaitu penilaian untuk tingkat Direksi/CEO RS, tingkat unit kerja, tingkat individu dan tingkat organisasi/RS. Pendekatan pengelompokkan pengukuran ini menggabungkan model di beberapa penelitian seperti Matsubara, et al.(2008) dengan 2 kelompok pengukuran (pekerja dan organisasi); Singer, et al. (2009) dan Currie, et al. (2007) dengan 3 pengelompokkan (dimensi organisasi, unit kerja dan interpersonal/individu) dengan model *path analysis* dari Mc Fadden, et al.(2009) yang melihat adanya hubungan dimensi kepemimpinan transformasional terhadap budaya KP di RS. Sehingga melalui gabungan model ini dapat diperoleh penilaian yang lebih komprehensif terkait iklim keselamatan pasien untuk setiap level dalam memprioritaskan keselamatan pasien.

Konstruk dari variabel-variabel laten pengukuran dari model pengukuran iklim keselamatan pasien pada penelitian ini juga melibatkan beberapa indikator spesifik yang belum tercakup pada penelitian sejenis sebelumnya, yaitu indikator Stimulasi Intelektual, Motivasi Inspirasional, Konsiderasi Individual serta Idealisasi Pengaruh yang diperoleh dari Model Kepemimpinan Transformasional Kreitner & Kinicki (2007) untuk variabel Kepemimpinan Transformasional. Selanjutnya, indikator *Trust* dan *Cohesiveness* bagi variabel Kerjasama Tim juga dari konsep tim efektif Kreitner & Kinicki untuk menambah indikator Komunikasi yang sudah banyak diteliti sebelumnya. Untuk variabel laten Kesadaran Individual, maka diperoleh dengan menggabungkan beberapa indikator yang terkait pada penelitian-penelitian sebelumnya yang sudah diketahui nilai psikometriknya baik, disamping menambah indikator pembelajar untuk mendukung terbentuknya organisasi pembelajar (*learning organization*), yang merupakan komponen yang dinilai penting dalam budaya keselamatan yang menekankan pada respon terhadap fokus-fokus masalah untuk memperbaiki kinerja sistem dibanding kesalahan perorangan (Singer et al., 2003; Kirk et al., 2009; Handler et al.,2006). Adapun variabel laten Iklim Keselamatan Pasien menambahkan indikator Identitas Organisasi yang belum pernah dilibatkan pada penelitian Iklim KP di RS, yang menurut teori berkaitan dengan komitmen dalam mencapai target-target pencapaian organisasi (Puusa & Tolvanen, 2006), khususnya target-target upaya keselamatan pasien.

BAB 2 STUDI PUSTAKA

2.1 Keselamatan Pasien (KP)

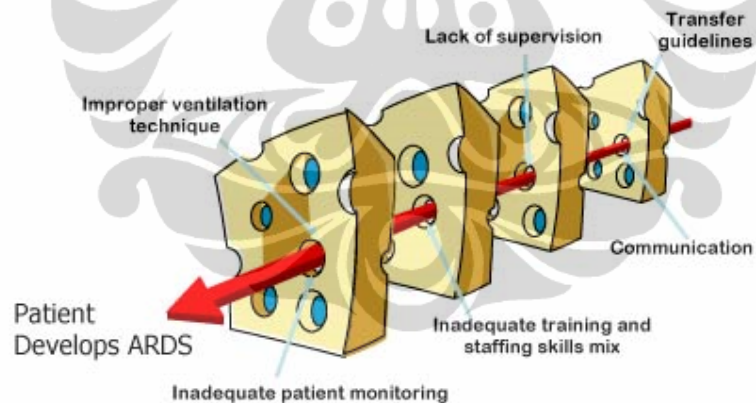
2.1.1 Pendahuluan

KP menjadi fokus perhatian bagi dunia layanan kesehatan dan riset kesehatan pada akhir-akhir tahun ini setelah melalui serangkaian peristiwa yang penting. Berdasarkan sejarah medis yang ada, potensi bahwa layanan medis menyebabkan cedera/*harm* telah sejak lama menjadi perhatian melalui konsep *primum non nocere* (*first, do no harm*) (Ilan & Fowler, 2005). Selanjutnya adalah publikasi dari laporan IOM (*Institut of Medicine*) di Amerika Serikat tahun 1999 bertajuk *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000), yang menempatkan biaya dan faktor manusia yang tinggi terhadap kesalahan medis dan pentingnya pimpinan organisasi layanan kesehatan untuk segera mengambil langkah-langkah untuk memperbaiki KP. Meskipun ada laporan atau publikasi sejenis sebelumnya, laporan IOM tersebut yang sangat mendorong berbagai media informasi untuk menyoroti pada upaya-upaya secara nasional (lingkup Amerika Serikat tentunya) tentang isu-isu kritis KP yang harus disampaikan ke publik. Akibatnya, penekanan pada perbaikan keselamatan untuk mencegah cedera pasien menjadi prioritas kunci bagi para profesional di bidang layanan kesehatan, pembuat kebijakan dan badan akreditasi baik secara nasional maupun internasional (Connelly & Powers, 2003).

Laporan tersebut juga menyampaikan beberapa perubahan yang harus dilakukan untuk meminimalkan dan mencegah kecelakaan sekunder menjadi kesalahan, termasuk memperbaiki kepedulian publik dan ahli kesehatan terhadap permasalahan, mengaitkan sistem penggajian yang mendorong perbaikan keselamatan, mengembangkan program pelatihan dan pendidikan yang menekankan pada pentingnya keselamatan, dan menciptakan budaya keselamatan di dalam organisasi. Selain itu, laporan tersebut menetapkan target untuk mengurangi kesalahan yang berhubungan dengan kematian di Amerika Serikat sebanyak 50% selama periode waktu 5 tahun. Sejumlah upaya pembuatan

kebijakan dan aturan untuk mendokumentasikan kesalahan dan mencari solusinya mulai dilakukan (Ilan & Fowler, 2005).

Dengan makin kompleks dan beragamnya perawatan dan intervensi yang ditawarkan kepada pasien, maka pendekatan sistematis untuk mengelola keselamatan pasien oleh pihak RS menjadi sangat penting. Beberapa organisasi yang mempunyai *hazard* yang tinggi, termasuk RS, menyadari bahwa faktor manusia berperan sebagai faktor penyebab terjadinya kecelakaan, bukan hanya mereka yang mengoperasikan sistem saja, tetapi juga mereka yang mengelola organisasi (Flin, 2003). Banyak sistem yang ada di RS dirancang dengan mendasarkan pada kinerja yang bebas kesalahan individu (Leape et al., 1998, dalam Flin, 2007), padahal jelas bahwa kesalahan manusia/*human error* itu tidak dapat dicegah, dan sistem bisa gagal dikarenakan kombinasi kegagalan aktif dan kondisi laten. Hal ini dapat digambarkan oleh model penyebab masalah kecelakaan *Swiss Cheese* dari Reason's (1997), yang dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 2.1 Model Penyebab Masalah Kecelakaan *Swiss Cheese* untuk terjadinya *ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)*

Sumber: Reason's, 1997

Model ilustrasi di atas adalah model *Swiss Cheese* untuk terjadinya ARDS, yang dapat dihasilkan dari sejumlah kondisi yang dapat dicegah. Setiap lembaran keju, dimulai dari paling kanan, menyatakan rintangan atau pertahanan untuk perkembangan ARDS pada seorang pasien yang terdaftar di RS. Tetapi, lubang-

lubang pada lembaran keju menggambarkan sesuatu yang berbeda karena suatu kesalahan laten atau kegagalan sistem sedang menunggu untuk terjadi. Bisa berupa kesalahan manusia, kegagalan alat, dsb, yang sebenarnya dapat diatasi dan dicegah dengan pelatihan yang tepat, pengawasan, perawatan dst. Tetapi jika hal ini tidak dilakukan, maka kemungkinan terjadinya suatu kejadian serius meningkat.

Model *Swiss Cheese* ini menggambarkan bahwa setiap lembaran keju menggambarkan suatu sistem atau pertahanan keselamatan. Setiap lembaran keju dapat berupa pertahanan yang kuat dengan beberapa lubang kecil yang memungkinkan masuknya kesalahan atau berupa pertahanan yang lemah dengan lubang yang banyak yang memungkinkan seringnya masuk kesalahan. Ketika lubang-lubang itu bergabung, maka sejumlah kekeliruan terjadi yang akhirnya sampai ke pasien (White dalam Byers & White, 2004). Lembaran-lembaran keju tersebut menggambarkan lokasi-lokasi yang terpisah atau tingkatan-tingkatan organisasi yang berpotensi untuk tumbuh dan berkembangnya kesalahan-kesalahan. Ke-empat lembaran mencakup: kepemimpinan organisasi, pengawasan yang berisiko, situasi-situasi praktik yang tidak aman dan kinerja yang tidak aman.

Kegagalan aktif adalah tindakan yang tidak aman/*unsafe act* atau *omissions* yang dilakukan oleh individu-individu yang tindakannya segera menyebabkan akibat yang tidak diinginkan, yang dapat terjadi karena kesalahan, mengambil risiko atau melanggar aturan.

Adapun **kondisi laten** adalah kondisi-kondisi dari sistem yang ada dan tersembunyi letaknya hingga terekspos oleh kejadian yang membawa pada suatu kecelakaan. Secara literal, kegagalan laten adalah “kecelakaan yang sedang menunggu untuk terjadi” dengan tidak adanya perhatian dan perawatan (Whittingham, 2004, dikutip oleh Palmieri et al, 2008, dalam Savage & Ford, 2008). Di rumah sakit, kondisi ini sering dihubungkan dengan kondisi kerja, seperti beban kerja yang berat, prosedur-prosedur, pengawasan yang kurang, kurang pelatihan, sistem insentif, kebiasaan pembelian, lingkungan yang penuh dengan *stress*/tekanan, sistem komunikasi yang kurang berjalan baik, dll yang umumnya ditempatkan untuk membantu pegawai mengambil keputusan yang

lebih baik (West et al., 2006 dan Yassi & Hancock, 2005 dalam Flin, 2007; Latino, 2009). Kondisi-kondisi tersebut potensial membahayakan pasien sehingga identifikasi dan keterlibatan kegagalan laten penting bagi strategi pencegahan KTD/AE (Cook & O'Connor, 2005; Cook & Woods, 1994; Reason et al, 2001, dikutip oleh Latino, 2009).

IOM sendiri mendefinisikan keselamatan pasien sebagai tindakan pencegahan terjadinya cedera pada pasien, dimana cedera dapat terjadi karena kesalahan berupa kesalahan eksekusi (*commission*) atau kesalahan rencana (*omission*). Sehingga KP dan upaya KP di RS difokuskan terhadap **kesalahan medis**, yang dapat diartikan sebagai kegagalan dalam menuntaskan rencana tindakan yang dituju (*error of commission*) atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuan (*error of omission*).

Dengan adanya laporan ataupun studi (biasanya didasarkan pada studi tinjauan/*review* retrospektif) yang memperlihatkan masih tingginya angka KTD/AE di banyak negara, maka upaya KP untuk menurunkan angka KTD/AE ini akibat kegagalan aktif maupun kondisi laten atau kombinasi keduanya menjadi sangat penting. Hal ini mengingat KTD tersebut bisa saja sebagai kasus tunggal, bisa juga kasus KTD yang sama terjadi berulang oleh tenaga kesehatan yang berbeda atau di lokasi yang berbeda, atau melakukan kesalahan yang berulang dari tenaga yang sama. Sehingga mengukur, menilai, memperbaiki KP adalah prioritas yang tinggi bagi organisasi layanan kesehatan.

2.1.2 Perkembangan Keselamatan Pasien di Indonesia

Isu KP telah diangkat secara nasional oleh Menkes RI dalam bentuk pencanangan Gerakan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (GNKP RS) pada Seminar Nasional PERSI (Persatuan RS Seluruh Indonesia) di Jakarta, bulan Agustus 2005. Sebelumnya PERSI sendiri telah mengawali program KP RS dengan membentuk Komite KP RS (KKP-RS) di Surabaya pada tanggal 1 Juni 2005, sebagai hasil rapat kerja Persi pada bulan Maret 2005. Setahun sesudahnya (tahun 2006), diterbitkan buku Panduan Nasional KP oleh Depkes-Persi-KARS, yang kemudian dilanjutkan dengan menerbitkan pula Pedoman Pelaporan Insiden

KP dengan tujuan untuk membantu RS mengembangkan sistem pelaporan insiden secara internal (di dalam RS) maupun eksternal (dilaporkan ke KKP-RS).

Dalam Panduan Nasional KP-RS tahun 2006, KP didefinisikan sebagai suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: asesmen risiko; identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien; pelaporan dan analisis insiden; kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Beberapa kebijakan Depkes RI terkait dengan KP bertujuan untuk (Depkes RI, 2006):

- 1) Terciptanya budaya KP di RS
- 2) Meningkatnya akuntabilitas RS terhadap pasien dan masyarakat
- 3) Menurunnya KTD di RS
- 4) Terjadinya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD

RS di Indonesia mempunyai kewajiban untuk melaksanakan sistem KP melalui penerapan Standar KP dan pelaksanaan 7 langkah menuju KP RS. Kemudian, evaluasi pelaksanaan KP RS melalui program akreditasi RS ditambah dengan standar KP, sehingga instrumen akreditasi menjadi 17 pelayanan. Adapun Standar KP RS mencakup hal-hal sebagai berikut:

- 1) Hak pasien
- 2) Mendidik pasien dan keluarga
- 3) KP dan kesinambungan pelayanan
- 4) Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan KP
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan KP
- 6) Mendidik staf tentang KP
- 7) Komunikasi merupakan kunci staf untuk mencapai KP

Selain itu, dirumuskan pula "7 langkah menuju KP", yaitu:

- 1) Bangun kesadaran akan nilai KP
- 2) Pimpin dan dukung staf anda
- 3) Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- 4) Kembangkan sistem pelaporan
- 5) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang KP
- 7) Cegah cedera melalui implementasi sistem KP

Prinsip-prinsip penting dari 7 langkah menuju KP adalah:

- 1) langkah 1: **budaya keselamatan** berarti staf selalu sadar terhadap hal-hal KTD potensial, dan staf beserta RS selalu mampu mengakui kesalahan, belajar daripadanya dan bertindak untuk memperbaiki.
- 2) langkah 2: pelaksanaan KP-RS butuh motivasi dan komitmen direksi, pimpinan klinis dan manajerial dari seluruh jajaran pelayanan, dan tampak nyata di lapangan.
- 3) langkah 3: manajemen risiko terintegrasi berarti pelajaran dari suatu area risiko dapat segera disebarkan ke area risiko yang lain.
- 4) langkah 4: (a) staf penting memahami apa insiden KP yang harus dilaporkan (semua insiden yang menyebabkan cedera, tidak hanya sentinel), dan bagaimana cara melaporkannya; (b) RS selektif melaporkan insiden penting ke KKP-RS.
- 5) langkah 5: (a) banyak pasien sudah ahli tentang kondisinya, sehingga dapat membantu identifikasi risiko dan merencanakan solusi terhadap masalah KP dan pasien inginterlibat sebagai mitra dalam proses asuhan; (b) staf perlu melibatkan pasien dalam proses *D/*, *Th/*, diskusi risiko, monitoring, segera diskusikan KTD dengan empati; (c) hal-hal ini membantu pasien akan lebih baik dalam menerima KTD.
- 6) langkah 6: (a) bila insiden terjadi, isu penting bukanlah "siapa yang salah" tetapi "mengapa hal itu terjadi"; (b) belajar secara sistematis: tipe insiden yang perlu dilapor, informasi apa dan kapan diperlukan, (c) bagaimana menganalisis, dsb.

- 7) langkah 7: (a) dari solusi, buat sistem baru sehingga staf mudah melaksanakan asuhan yang lebih baik dan lebih aman; (b) pastikan sistem baru termasuk asesmen risiko, dievaluasi terus menerus dalam jangka panjang, termasuk belajar terus menerus (*sustained learning*).

2.2 Definisi-definisi dalam Keselamatan Pasien

Berikut ini ada beberapa definisi penting yang terkait dengan Keselamatan Pasien, yang dikutip dari Pedoman Pelaporan Insiden KP (KP-RS, 2007):

a. Keselamatan

Keselamatan/*Safety* adalah bebas dari bahaya(*hazard*) atau risiko.

b. Bahaya/*Hazard*

Hazard (bahaya) adalah suatu "keadaan, perubahan atau tindakan" yang dapat meningkatkan risiko pada pasien.

c. Cedera/*Harm*

Cedera adalah akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, psikologis dan sosial (penyakit, cedera fisik/psikologis/sosial, penderitaan, cacat, dan kematian).

d. Keselamatan Pasien/*Patient Safety*

Keselamatan Pasien adalah bebas, bagi pasien, dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau cedera yang potensial, terkait dengan pelayanan kesehatan.

e. Keselamatan Pasien Rumah Sakit/*Hospital Patient Safety*

Adalah suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: asesmen risiko; identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien; pelaporan dan analisis insiden; kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

f. Insiden Keselamatan Pasien (IKP)/*Patient Safety Incident*

IKP adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang tidak seharusnya terjadi.

g. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event*

KTD adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil suatu tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.

h. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/*Near miss*

Adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena "keberuntungan", karena "pencegahan", atau "peringanan".

i. Laporan Insiden RS (Internal)

Pelaporan secara tertulis setiap KTD atau KNC yang menimpa pasien atau kejadian lain yang menimpa keluarga pengunjung, maupun karyawan yang terjadi di RS.

j. Laporan Insiden KP KKP-RS (Eksternal)

Pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap KTD atau KNC yang terjadi pada pasien, telah dilakukan analisis penyebab, rekomendasi dan solusinya.

2.3 Budaya Keselamatan Pasien (*Patient Safety Culture*)

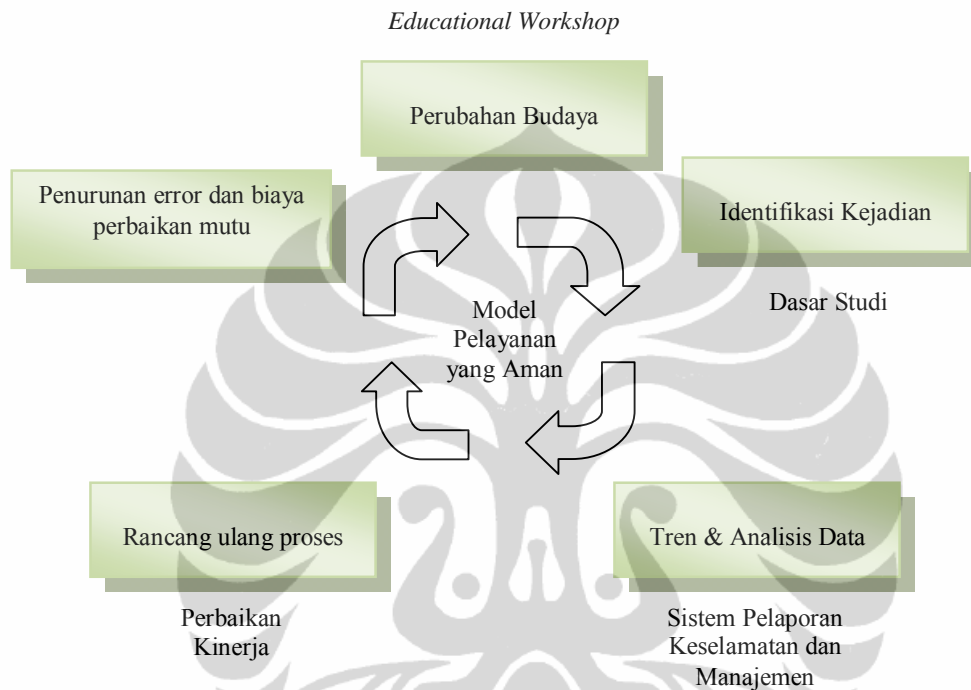
Mengutip pada suatu pernyataan IOM (1999) tentang perlunya perubahan budaya untuk menuju sistem kesehatan yang lebih aman: "tantangan terbesar ke arah sistem kesehatan yang lebih aman adalah **mengubah budaya** dari menyalahkan seseorang karena kesalahan/error yang dilakukannya- karena kesalahan/error dianggap sebagai kegagalan individu- ke arah menjadikannya sebagai peluang untuk memperbaiki sistem dan mencegah cedera". Dapatlah kita sampaikan bahwa mengembangkan budaya keselamatan menjadi salah satu pilar bagi pergerakan keselamatan pasien. Pentingnya budaya keselamatan di layanan kesehatan juga digaris-bawahi oleh laporan-laporan dari WHO (*World Health Organization*) (2006), *European Commission* (2005) dan *the Council of Europe* (2006) (Hellings et al., 2007).

Budaya keselamatan adalah faktor pembentuk kinerja yang akan mengarahkan berbagai perilaku bebas para profesional layanan kesehatan ke arah pandangan bahwa keselamatan pasien adalah salah satu prioritas tertinggi (Nieva & Sorra, 2003). Suatu perubahan budaya diperlukan untuk mengenalkan inovasi-inovasi yang diperkenalkan untuk memperbaiki KP sehingga tercapai optimalitasnya. Contohnya, sistem pelaporan KTD tidak akan mengatasi masalah kronis yang tidak dilaporkan di dalam budaya "hukuman/*punitive*" dimana mengakui kesalahan adalah hal yang tidak diterima.

Budaya keselamatan adalah sesuatu yang mengintegrasikan makna "*first do no harm*" ke dalam identitas organisasi, menanamkan ke dalam norma dan operasional di seluruh organisasi, dan meningkatkannya ke level prioritas utama dalam misi organisasi. Misi ini diabadikan dalam bentuk pernyataan-pernyataan resmi organisasi dan secara nyata menjadi prinsip yang mengatur kerja suatu organisasi dan diterapkan dalam praktek sehari-hari. Suatu budaya keselamatan dihasilkan dari upaya bersama-sama organisasi dalam menggerakkan semua unsur budaya ke arah tujuan keselamatan, yang mencakup semua anggota organisasi, sistem organisasi dan kegiatan-kegiatan kerjanya (*The Regents of the University of Michigan, 2002*).

Perhatian dalam pengukuran budaya keselamatan meningkat seiring dengan meningkatnya fokus pada perbaikan budaya keselamatan. Pengukuran budaya keselamatan dapat digunakan untuk tujuan berikut: (1) mendiagnosis budaya keselamatan untuk mengidentifikasi wilayah/area perbaikan dan meningkatkan perhatian terhadap KP; (2) mengevaluasi intervensi atau program KP dan mengikuti perubahannya sepanjang waktu; (3) melakukan patok duga/*benchmarking* secara internal maupun eksternal; (4) memenuhi persyaratan dari peraturan atau panduan yang diberikan. Sedangkan untuk mengembangkan alat pengukuran budaya keselamatan, maka kriteria kesesuaian yang harus kita perhatikan adalah: (1) domain-domain dari budaya yang akan diukur; (2) jenis staf yang diharapkan melengkapi pengisian instrumen/alat; (3) *setting*/tempat dimana alat/instrumen itu dikembangkan; (4) tersedianya bukti tentang reliabilitas dan validitas alat tersebut (Nieva & Sorra, 2003).

Suatu pendekatan yang komprehensif dan terintegrasi bagi suatu sistem keselamatan pasien, minimal mencakup tiga unsur kunci, yaitu: pendidikan, data dan aktivitas perbaikan kinerja (Gavin & Saltonstall dalam Youngberg & Hatlie, 2004). Hal ini digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Pendekatan Terpadu Keselamatan Pasien

Sumber: Gavin & Saltonstall dalam Youngberg & Hatlie, 2004

Penjelasan model tersebut adalah sebagai berikut: *Pertama*, program-program pendidikan harus mendukung dan membantu seluruh staf untuk merubah budaya dan mempromosikan pelaporan keselamatan. *Kedua*, pendekatan berbasis data penting untuk membentuk kepercayaan dan pada akhirnya membawa pada pengambilan keputusan yang berdasarkan bukti (*evidence-based*). Sistem harus dapat tersedia untuk seluruh anggota dari tim layanan yang sifatnya multidisiplin, karena setiap anggota memiliki pengalaman dan persepsi yang unik terhadap pengalaman pasien. Pendekatan ini mendukung prinsip Deming bahwa sistem sebagai alat bagi pekerja untuk mengelola wilayah tanggung jawabnya sendiri, karena mereka sendiri yang paling dekat terhadap kesalahan yang terjadi dan

seringkali yang paling berpeluang untuk memberikan solusi yang diperlukan untuk menghilangkan penyebab dan terulangnya kesalahan tersebut.

Ketiga, perbaikan kinerja, dan aktivitas re-desain proses untuk menghilangkan penyebab kesalahan maupun menempatkan kontrol yang permanen untuk menangkap kemungkinan terjadinya kesalahan. Hal ini adalah tahap kritis dari perbaikan mutu; sebagai umpan balik dan sebagai alat yang membantu staf medis dan manajemen untuk tetap fokus terhadap KP. Proses ini merupakan evaluasi yang berkelanjutan terhadap keefektifan strategi mengurangi *error* dan dalam mengembangkan budaya bebas menyalahkan (*blame-free*). Hal ini pada akhirnya, tidak hanya meningkatkan mutu layanan dan KP, juga memberikan dampak yang signifikan pada posisi keuangan organisasi, budayanya, serta dapat dipercaya oleh masyarakat.

2.4 Pengertian Budaya Keselamatan Pasien

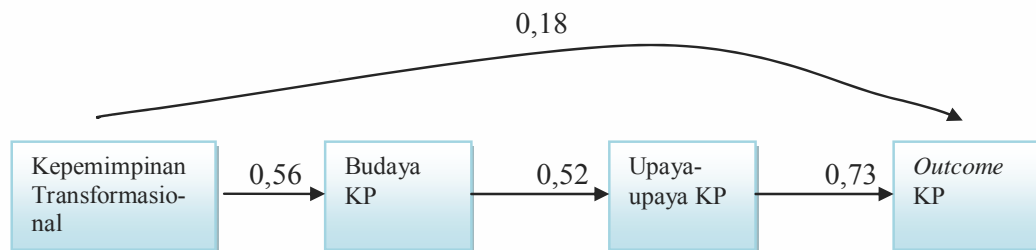
Dari beberapa sumber, pengertian budaya keselamatan hampir sama dengan budaya organisasi secara umum, yaitu : nilai-nilai/*values* yang dianut bersama antar anggota organisasi tentang apa yang penting, keyakinan/*beliefs* tentang bagaimana melakukan sesuatu di dalam organisasi, dan interaksi nilai dan keyakinan tersebut dengan unit kerja dan struktur dan sistem organisasi, yang secara bersama-sama menghasilkan norma perilaku dalam organisasi (Schein, 1992 dalam Singer et al., 2008). Hanya saja, budaya keselamatan lebih spesifik terhadap keselamatan (untuk mempromosikan keselamatan) serta menekankan peran interpersonal, unit kerja, dan kontribusi organisasi dalam membentuk asumsi-asumsi dasar bahwa kerja individu dalam organisasi berkembang sepanjang waktu (Singer et al., 2008). Berdasarkan nilai dan keyakinan yang dianut bersama itu, terbentuk suatu pola perilaku yang terintegrasi dari individu dan organisasi, yang secara kontinyu mencari upaya meminimalkan hal yang membahayakan pada pasien yang mungkin berasal dari proses penerimaan layanan kesehatan.

Jadi, suatu budaya KP dapat meliputi beberapa elemen: nilai dan keyakinan tentang sistem penyampaian layanan kesehatan; pelatihan dan rekrutmen SDM yang selalu dikaitkan dengan KP; komitmen organisasi untuk

mendeteksi dan menganalisis KTD dan KNC; komunikasi yang terbuka terkait dengan penemuan cedera pasien baik di dalam maupun di luar organisasi; dan pembentukan budaya yang *fair* ("a just culture") (adaptasi dari Kizer, 1999, oleh Apsden et al., 2004). Suatu budaya keselamatan harus dikenali oleh seluruh anggota organisasi layanan kesehatan, diperkuat dan dilatih secara teratur oleh para profesional dan pimpinan organisasi, karena pelayanan kesehatan memang mempunyai tingkat kerumitan yang tinggi dan mudah sekali terjadi kesalahan sehingga penanganannya berisiko tinggi.

Kegagalan adalah hal yang sulit dihindari ketika kita berhadapan dengan manusia dan sistem yang kompleks, meskipun kita sudah berupaya keras untuk menghindari kesalahan. Kita dapat berupaya membenahinya dengan berbagai teknologi yang modern atau perubahan struktur, tetapi hal ini tidak cukup untuk mengurangi terjadi kesalahan. Sebagai contoh, dalam suatu penelitian terhadap perawat, menunjukkan bahwa kombinasi perubahan sosial dan teknologi, misalnya penggunaan teknologi informasi seperti rekam medis elektronik, sistem pendukung keputusan dan sistem pelaporan *error*, berperan penting dalam menciptakan suatu lingkungan yang memungkinkan perawat untuk mengurangi kesalahan (Ramanujam et al., 2007). Jadi, *hazards* dan kesalahan dapat diantisipasi dan proses dapat dirancang baik untuk mencegah kegagalan maupun untuk mencegah cedera pasien apabila terjadi kegagalan sistem.

Dalam salah satu penelitian, diperoleh suatu model Analisis Jalur (*path analysis*) yang menghubungkan antara budaya KP dengan inisiatif/upaya KP dan *outcome*KP sebagai berikut:



Gambar 2.3 Pendekatan Terpadu Keselamatan Pasien

(Sumber: Mc Fadden, et.al, 2009)

Dari model tersebut diperoleh pola faktor pendukung KP, dimana dikemukakan bahwa meningkatnya KP di RS berhubungan erat dengan upaya/inisiatif KP (*standardized total effect* = 0,73), dan terkait dengan kepemimpinan yang transformasional dan budaya yang menekankan pada KP.

Pendapat lain yang hampir sama terkait dengan unsur/elemen kunci dari budaya KP adalah sebagai berikut (Handler et al., 2006):

- a. Suatu keyakinan bersama bahwa pelayanan kesehatan adalah upaya yang berisiko tinggi.
- b. Suatu komitmen organisasional untuk mendeteksi dan menganalisis kecelakaan/*injury* pasien dan KNC.
- c. Suatu lingkungan yang menyeimbangkan antara kebutuhan akan pelaporan kejadian dan kebutuhan akan kedisiplinan pengambilan tindakan.

Suatu budaya keselamatan yang positif, mempunyai aspek-aspek berikut (Kirk et al., 2009):

- a. Komunikasi berdasarkan kepercayaan dan keterbukaan yang sifatnya mutual
- b. Persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan
- c. Keyakinan dalam ketepatan dari ukuran-ukuran pencegahan keselamatan
- d. Pembelajaran organisasi
- e. Komitmen pimpinan dan tanggung jawab eksekutif
- f. Pendekatan "tanpa menyalahkan/*no blame*" dan tanpa hukuman/*non-punitive*" terhadap pelaporan dan analisis insiden

Meskipun perdebatan tentang komponen-komponen budaya KP masih terus berlanjut, ada beberapa komponen yang secara umum diterima sebagai hal yang mendasar, yaitu (Singer et al., 2003):

- a. Komitmen terhadap keselamatan diartikulasikan pada tingkat tertinggi dari suatu organisasi dan ditranslasikan ke dalam nilai, keyakinan dan norma perilaku bersama di semua tingkat.
- b. Sumberdaya, insentif dan penghargaan (*rewards*) yang diperlukan, disediakan oleh organisasi agar memudahkan komitmen tersebut terjadi.

- c. Keselamatan dinilai sebagai prioritas utama, meskipun dengan mengorbankan produksi atau efisiensi; staf dihargai untuk bertindak pada sisi keselamatan meskipun mereka melakukan kesalahan.
- d. Komunikasi antar karyawan dan antar tingkat organisasi sering dilakukan dan jujur/*candid*.
- e. Tindakan tidak aman yang jarang terjadi menggantikan tingkat produksi yang tinggi
- f. Terdapat keterbukaan tentang kesalahan dan masalah, serta dilaporkan jika hal itu terjadi.
- g. Pembelajaran organisasi dinilai; respon terhadap masalah terfokus pada memperbaiki kinerja sistem daripada menyalahkan individu.

Menurut Parker & Hudson, 2001, dalam Kirk, et al. (2009), dari hasil pengukuran budaya KP, maka suatu budaya KP organisasi dapat dibagi dalam beberapa tingkatan (lihat tabel 2.1. di bawah). Dalam penelitian tersebut disampaikan pula bahwa kritik terhadap pengelompokan tingkatan ini juga muncul, misalnya terhadap tingkat generatif yang sulit sekali tercapai, atau kondisi patologis yang mungkin terjadi di organisasi yang dikelola dengan kinerja yang tinggi, serta konotasi patologis yang kurang disukai dan lebih baik disebut dengan "tidak adanya komitmen." Ada pula yang mengelompokkannya dalam tiga tingkatan berdasarkan respon organisasi dalam menghadapi masalah dan peluang, yaitu: (1) patologis, (2) birokratis. (3) generatif (pembelajar) (Westrum, 2004, dalam Zboril-Benson & Magee, 2005) (lihat gambar 2.1 di bawah). Tingkat yang paling tinggi adalah organisasi pembelajar, dimana informasi secara aktif dipelajari, diberi pelatihan bagi staf, hasil berupa kegagalan dan ide-ide baru sangat didukung.

Tabel 2.1 Tingkat Budaya Keselamatan Organisasi

Tingkat Budaya Keselamatan di Organisasi	Ciri-ciri
Level 1: Patologis	Mengapa kita banyak membuang waktu untuk manajemen risiko dan isu-isu keselamatan?
Level 2: Reaktif	Kita serius mengambil risiko dan melakukan sesuatu setiap ada kecelakaan
Level 3: Kalkulatif	Kita mempunyai sistem lokal untuk mengelola

Tingkat Budaya Keselamatan di Organisasi	Ciri-ciri
Level 4: Proaktif	berbagai risiko Kita selalu waspada dan memikirkan risiko yang mungkin muncul
Level 5: Generatif	Manajemen risiko adalah bagian integral dari apapun yang kita lakukan

Sumber: Parker & Hudson, 2001

Jadi, langkah pertama yang penting adalah menjamin bahwa KP ditempatkan pada prioritas yang tinggi di daftar prioritas yang ada di RS, berikut tanggung jawab yang jelas tentang KP ini di semua level. Untuk itu, ada beberapa langkah yang bisa dijadikan acuan untuk mengembangkan budaya KP (Morath & Turnbull dalam Sandars, 2007), yaitu :

- a. Nyatakan KP sebagai suatu prioritas
- b. Tetapkan tanggung jawab eksekutif dalam KP
- c. Impor pengetahuan dan ketrampilan yang baru
- d. Buat sistem pelaporan yang menerapkan "tanpa menyalahkan"/*blameless*
- e. Kembangkan akuntabilitas
- f. Lakukan reformasi pendidikan dan kembangkan pembelajaran organisasi
- g. Percepat perubahan untuk perbaikan

Selanjutnya, bagaimana kita mengetahui bahwa budaya telah berubah di dalam suatu organisasi atau di dalam suatu tim? Kita dapat mengetahuinya melalui hal-hal berikut (Morath & Turnbull dalam Sandars, 2007):

- a. Orang-orang akan melihat bahwa manajemen/pimpinan tim mempunyai komitmen terhadap keselamatan dengan pencegahan, bukan dengan hukuman.
- b. Staf yang sehat dan bahagia dipandang sebagai hal yang mendasar untuk pelayanan kesehatan yang lebih aman.
- c. Staf secara serius memperhatikan kondisi kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan rekan-rekannya, dan mampu mengetahui jika terjadi sesuatu yang salah
- d. Kesalahan dan masalah diantisipasi secara proaktif oleh sistem

- e. Staf secara konsisten merasa mampu dikonfrontasi dengan yang lain tentang tindakan yang tidak aman; akan melaporkan kondisi-kondisi yang tidak aman, dan akan mempertimbangkan keselamatan dibandingkan efisiensi
- f. Staf dan manajemen secara konsisten melakukan tindakan-tindakan remedial
- g. Keselamatan dilihat sebagai suatu hal yang mendasar dan menarik.

Dengan kata lain, suatu budaya keselamatan harus dibangun dimana setiap orang dapat melaporkan KTD/AE atau KNC/*Nearmiss/close call* tanpa takut akan dihukum (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000; IOM, 2001; Kadzielski & Martin, 2001, 2002 dalam Rozovsky & Woods, 2005).

2.4.1 Pengukuran Budaya KP melalui Pengukuran Iklim KP

Dalam literatur tentang organisasi, konsep budaya umumnya mempunyai diambil dari sesuatu yang agak sulit ditelusuri jejaknya dan lebih kompleks dari konsep iklim. Suatu perbedaan yang penting dari konsep budaya dan iklim, dikemukakan oleh Schein (1990) yang menyatakan bahwa iklim, yang ditentukan oleh sikap, nilai-nilai pendukung dan keyakinan, hanyalah manifestasi di permukaan suatu budaya dan budaya itu sendiri menjelma ke dalam tingkat yang lebih jauh ke dalam asumsi-asumsi dasar organisasi (Flin, 2007).

Definisi iklim keselamatan menurut Currie (2007) adalah "...berhubungan dengan persepsi-persepsi yang disepakati bersama di antara pegawai tentang bagaimana manajemen keselamatan dilaksanakan. Dapat pula diartikan sebagai sikap-sikap pegawai terhadap keselamatan. Iklim keselamatan merupakan pengukuran sementara dari keselamatan, relatif tidak stabil dan lebih mudah berubah, serta dapat mudah dinilai dan digunakan sebagai indikator atau prediktor dari keselamatan." Dalam hal ini, iklim keselamatan tersebut lebih mudah dijangkau (*feasibel*) untuk diukur (dengan mengukur persepsi dan sikap) dan dapat digunakan sebagai indikator atau prediksi terhadap keselamatan.

Iklim KP tersebut terdiri dari dari tiga faktor: 1) Bagaimana umumnya orang-orang dalam organisasi menghormati laporan kesalahan yang ia lakukan sendiri atau yang dilakukan orang lain, 2) Kemauan orang-orang untuk bekerjasama dalam mengembangkan solusi terhadap masalah-masalah KP, 3)

Sikap KP yang dirasakan oleh orang-orang yang berada pada posisi kepemimpinan (Connelly & Powers, 2004)

Akhir-akhir ini literatur tentang iklim keselamatan cenderung ke arah dua isu utama, yaitu: struktur faktor dari iklim keselamatan dan hubungan antara iklim keselamatan dan variabel-variabel *outcome* (Neal et al., 2009). Hanya saja, sekian banyak penelitian yang terkait dengan isu itu menghasilkan *range* yang lebar dari struktur-struktur faktor yang berbeda, dan belum ditemukan konsensus terkait dengan dimensi-dimensi kunci iklim keselamatan. Tetapi, walaupun hal itu terjadi, penelitian-penelitian terdahulu memperlihatkan bahwa persepsi dari iklim keselamatan berhubungan positif dengan kepatuhan terhadap keselamatan, serta berhubungan negatif dengan kecelakaan pada tingkat analisis individu, kelompok maupun organisasi.

2.4.2 Kaitan Konsep Budaya dan Iklim Keselamatan Pasien

Sebagaimana diungkapkan dalam beberapa data sebelumnya, dewasa ini banyak terdapat laporan atau hasil studi di berbagai negara untuk mendefinisikan dan menilai budaya keselamatan maupun iklim keselamatan, khususnya di industri yang berisiko tinggi. Ada beberapa sintesis yang ditawarkan oleh Weigman et al. (2002), yang terkait dengan konsep budaya dan iklim keselamatan berdasarkan hasil laporan dan studi yang ada di berbagai teori dan industri (nuklir, penerbangan, industri gas dan minyak bumi, transportasi, mineral, dsb), yaitu sebagai berikut:

- Definisi budaya keselamatan :

” Budaya Keselamatan adalah nilai yang tahan lama dan diprioritaskan pada keselamatan pekerja dan publik oleh setiap orang dalam setiap kelompok pada setiap tingkat dalam suatu organisasi. Dihubungkan dengan sejauh mana individu dan kelompok berkomitmen terhadap tanggungjawab pribadi pada keselamatan; bertindak untuk menjaga, mengembangkan dan mengkomunikasikan perhatian terhadap keselamatan, berusaha keras belajar secara aktif, mengadaptasi dan memodifikasi perilaku (baik individu maupun organisasional) berdasarkan *lesson learned* dari kesalahan, dan akan dihargai jika konsisten dengan nilai-nilai ini.”

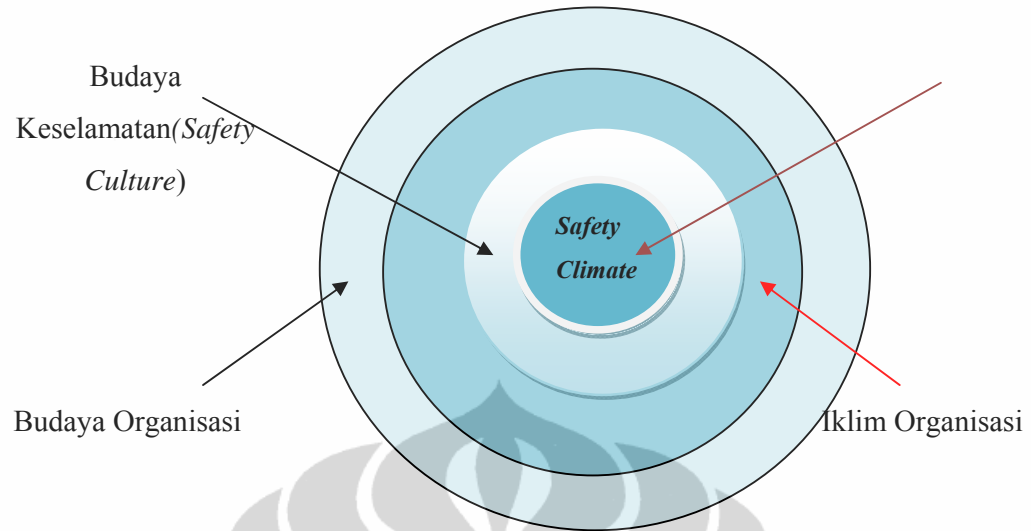
- Definisi iklim keselamatan:

”Iklim keselamatan adalah pengukuran kondisi dinamis dari budaya keselamatan, utamanya pada kesamaan persepsi antar individu di organisasi. Sifatnya situasional, terkait dengan kondisi keselamatan yang dipahami pada suatu tempat tertentu pada suatu waktu, relatif tidak stabil, dan perubahannya tergantung pada lingkungan saat itu atau kondisi-kondisi yang berlaku.”

Jadi, menurut definisi di atas, Wiegman, et al. (2002) menyimpulkan bahwa budaya keselamatan umumnya dipandang sebagai karakteristik yang abadi/bertahan lama dari suatu organisasi dan direfleksikan pada kekonsistenan cara organisasi dalam menghadapi isu-isu kritis tentang keselamatan. Sedangkan iklim keselamatan lebih dipandang sebagai keadaan dinamis dari organisasi yang akan berubah tergantung pada bentuk/jenis lingkungan operasional atau kondisi tertentu.

Handler et al.(2006) mendefinisikan budaya keselamatan sebagai pola dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan perilaku dari orang-orang atau sekelompok orang dalam organisasi yang menentukan komitmen, gaya dan keahlian organisasi dalam manajemen kesehatan dan keselamatan, yang meliputi beberapa unsur-unsur kunci, yaitu: adanya keyakinan bersama bahwa pelayanan kesehatan yang dijalankan adalah berisiko tinggi; adanya komitmen organisasi untuk mendeteksi dan menganalisis cedera pada pasien (kejadian tak diinginkan (KTD)) dan Kejadian yang Nyaris Cedera (KNC); serta adanya suatu lingkungan yang menyeimbangkan antara kebutuhan akan pelaporan kejadian dengan kebutuhan akan tindakan disiplin.

Secara konseptual yang lebih luas, kita dapat gambarkan kaitan antara konsep iklim keselamatan dengan budaya organisasi sebagai konsep yang paling luas di dalam suatu organisasi, sebagai berikut :



Gambar 2.4 Konsep Iklim Keselamatan (*Safety Climate*) dalam Budaya Organisasi

Sumber: Currie, 2007

Definisi dari konsep-konsep dalam gambar tersebut adalah sebagai berikut:

Budaya Organisasi adalah "keyakinan yang dianut bersama oleh anggota organisasi tentang organisasi, anggotanya dan lingkungannya, yang terbagi atas tiga tingkatan: asumsi-asumsi dasar, tata nilai dan artefak/kasat mata"(Schein, 2004 dan Wiegmann dkk, 2002 dalam Currie, 2007); "cara-cara yang biasa yang dilakukan pegawai dalam berfikir, merasakan dan bertindak...suatu konsep yang holistik dan halus tetapi mempunyai dampak yang dianggap kuat" (Hofstede & Hofstede, 2005).

Budaya Keselamatan adalah "karakteristik atau sikap dalam organisasi yang menetapkan bahwa keselamatan memperoleh perhatian yang sangat signifikan, yang diartikan bahwa pegawai menerima tanggung jawab pribadi terhadap keselamatan."

Iklim Organisasi adalah karakteristik perilaku yang disepakati dan ungkapan perasaan anggota organisasi, atau dampak sistem organisasi (bisa berupa inovasi, pelayanan atau keselamatan) pada sikap, persepsi dan perilaku."

Iklim Keselamatan adalah persepsi bersama dari pegawai terhadap bagaimana operasionalisasi manajemen keselamatan di organisasi. Merupakan

pengukuran sementara dari keselamatan, relatif tidak stabil dan lebih mudah berubah, serta dapat mudah dinilai dan digunakan sebagai indikator atau prediktor dari keselamatan.

Sebagai suatu subkultur/subbudaya dalam kultur/budaya institusi/organisasi, maka subkultur keselamatan juga akan menghasilkan perbedaan-perbedaan arti melalui pendalaman-pendalaman (dialog atau "curhat") pada kelompok yang dirasakan dekat dan "sebahasa" atau "senasib". Hal ini diakibatkan ikatan-ikatan kelompok kerja seperti divisi, profesi, bisa juga berupa ikatan-ikatan emosional seperti asal kedaerahan (etnis tertentu), jender, ataupun kesamaan almamater (Kasali, 2005). Transformasi nilai-nilai keselamatan dalam suatu institusi tidak dapat langsung dilakukan melalui budaya keselamatan organisasi itu sendiri secara menyeluruh. Misalnya dengan langsung mendeteksi nilai-nilai yang cocok dan dapat diterima oleh semua unit kerja, profesi, dan lintas fungsional. Meskipun ada nilai-nilai universal tentang keselamatan yang dapat diterima oleh seluruh lintas fungsi, misalnya komitmen, kejujuran, kepatuhan, *teamwork*, keterbukaan/transparansi, mutu, disiplin, tepat waktu, kemanusiaan. Tetapi, prioritas setiap kelompok unit kerja atau profesi mungkin berbeda. Untuk itu, transformasi nilai-nilai keselamatan organisasi perlu menyentuh akar budaya itu sendiri, yaitu nilai-nilai subkultur/sub-budaya. Menurut Burke (2002), yang dikutip oleh Kasali (2005), melalui studinya menemukan bahwa perubahan tidak akan efektif jika semata-mata ditujukan pada nilai-nilai seluruh organisasi (*the whole culture*).

Perbedaan-perbedaan sub-budaya tersebut, yang mungkin sulit dihapuskan dan mungkin mempunyai nilai negatif, bukanlah sesuatu yang harus dicemaskan. Apalagi memaksa semuanya menerima suatu tatanan nilai yang seragam. Yang penting adalah mengakui keragaman itu, kemudian memotret seluruh sub-budaya dengan jelas. Kemudian, dengan kesabaran, kecerdasan dan integritas menggabungkan nilai-nilai tersebut ke dalam suatu makna nilai yang kolektif.

Dalam memetakan sub-budaya keselamatan, diperlukan beberapa alat bantu seperti (modifikasi dari Kasali, 2005):

- a. Bagan organisasi beserta perubahan-perubahannya dalam tahun-tahun terakhir, khususnya ketika isu keselamatan pasien mulai berkembang.

- b. Jejak karir dari tokoh-tokoh kunci, baik formal maupun informal
- c. Hubungan kerja serta proses bisnis organisasi
- d. Forum-forum diskusi (dalam hal ini keselamatan pasien) yang melibatkan berbagai kelompok.

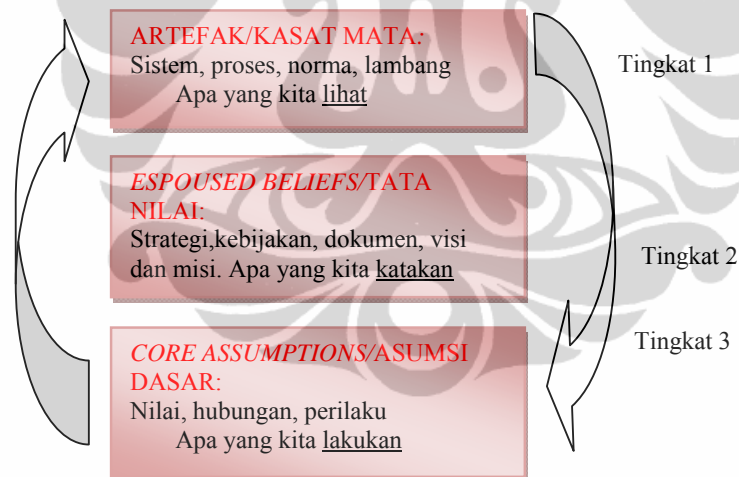
Tujuannya adalah memetakan mereka dan mengambil nilai-nilai keselamatan pasien yang mereka anut, yang digali bukan saja dari apa yang mereka ucapkan (*say belief*), tetapi juga yang mereka kerjakan (*do belief*) dan simbol-simbol yang dipakai di antara sesama anggota sub-budaya terkait dengan keselamatan pasien.

Selanjutnya, Flin (2007) mengungkapkan bahwa terdapat suatu perdebatan tentang definisi dan perbedaan antara budaya keselamatan dengan iklim keselamatan, meskipun secara etimologi berbeda, seringkali dicampuradukkan (Hale, 2000 dan Cox & Flin, 1998). Definisi dari budaya keselamatan yang diterima secara luas berasal dari industri tenaga nuklir (ACSNI, 1993, p 23), sedangkan iklim keselamatan didefinisikan pertama kali oleh Zohar (1980) dan cenderung konstan dalam pengertian-pengertian tentang iklim keselamatan yang selanjutnya muncul, yaitu "*a summary of molar perceptions that employee share about their work environment*", yang kemudian dikemukakan oleh Zohar kembali pada tahun 2003, yaitu "iklim keselamatan berhubungan dengan persepsi bersama terkait dengan kebijakan, prosedur dan praktik keselamatan."

Sebagian besar pengetahuan tentang iklim keselamatan berasal dari industri manufaktur dan alat berat, karena di situ pertama kali dipelajari tentang iklim keselamatan (Zohar, 1980 dalam Gershon, 2000). Pada saat pengenalan pentingnya iklim keselamatan untuk produktivitas, biaya, mutu, dan kepuasan kerja dirasakan di beberapa industri, layanan kesehatan belum memberikan perhatiannya terhadap hal tersebut. Persepsi pekerja tentang keselamatan jarang secara formal dievaluasi dan dipertimbangkan selama pembuatan desain dan perubahan program-program keselamatan (DeJoy, 1995 dalam Gershon, 2000). Iklim keselamatan mulai dianggap penting di industri layanan kesehatan seiring dengan meningkatnya *turnover* pasien, keakutan pasien, prevalensi pasien pada penyakit infeksi, serta kurangnya waktu yang tersedia untuk pelatihan dan pendidikan di tengah berat dan cepatnya pekerjaan yang dihadapi.

Dalam literatur organisasi, konsep budaya umumnya dirumuskan dari hal yang kurang dapat ditelusuri dan lebih kompleks dibanding iklim. Definisi Schein tentang budaya (dikutip oleh Gibson et al., 2006) menekankan bahwa budaya melibatkan asumsi-asumsi, adaptasi, persepsi dan pembelajaran. Budaya organisasi juga berfungsi untuk menciptakan perbedaan antara satu organisasi dengan organisasi lainnya, membawa identitas anggota organisasi, memfasilitasi terbangunnya komitmen kepada sesuatu yang lebih besar dibanding minat individu, serta mengembangkan kestabilan sistem sosial (Robbins, 2003).

Pembedaan yang penting tentang iklim diungkapkan oleh Schein (1990) dalam Flin (2007), yang menyatakan bahwa iklim, yang ditentukan oleh sikap dan nilai atau norma yang menyertainya, adalah berupa manifestasi permukaan dari budaya, adapun budaya dimanifestasikan ke dalam tingkat yang lebih dalam dari asumsi-asumsi yang tidak disadari. Hal ini dapat digambarkan sebagai berikut-disebut juga sebagai *Schein's Three Layers Organization Model* (Gibson dkk, 2006):



Gambar 2.5 Hubungan Budaya-Iklim
(Sumber: Schein E, 2004 dalam Currie, 2007)

Keterangan:

- Tingkatan1 adalah artefak/kasat mata (*artifacts*), dapat disentuh. Terjemah bebasnya adalah sesuatu yang dimodifikasi oleh manusia untuk tujuan tertentu. Hal-hal yang dapat dilihat dari struktur dan proses yang dilakukan dalam organisasi yang mudah diidentifikasi dan diukur, hal-hal yang

dilihat dan didengar, dan dirasa jika seseorang berhubungan dengan kelompok baru dengan budaya baru yang tidak dikenalnya saat berada dalam lingkungan organisasi (Schein dalam Gibson et al., 2000 dikutip oleh Moeljono, 2005, Susanto, et al., 2008).

Brown (1998) dalam Susanto et al. (2008) menyusun beberapa subkategori untuk artefak, yaitu: hal-hal yang bersifat material (seperti logo organisasi, pernyataan visi-misi organisasi yang tercetak, laporan tahunan, produk dan jasa yang ditawarkan, brosur iklan), tampilan fisik (seperti cara berpakaian, pembagian ruangan, besarnya ruangan, desain dsb), penggunaan teknologi (seperti komputer, telepon, mesin faksimili, dsb), bahasa (seperti lelucon, anekdot, cerita, metafora, jargon, dsb), pola perilaku (seperti upacara, tatacara, perayaan), simbol (seperti kata-kata, kondisi atau karakteristik seseorang yang signifikan yang mempunyai arti tertentu bagi tiap individu atau kelompok), dan peraturan, sistem, prosedur, program (terkait dengan kompensasi, promosi, penghargaan yang berlaku dalam organisasi).

- Tingkatan 2 adalah kepercayaan, nilai-nilai/tata nilai, dan perilaku yang berlaku dalam organisasi yang merefleksikan respons yang dipelajari/dianut bersama yang telah berkembang sepanjang waktu. Keyakinan dan nilai yang mendukung ini membentuk dasar untuk menentukan perilaku yang diterima dan tidak diterima dan sifatnya sementara, menjadi penentu bagi tiap anggota organisasi tentang apa yang sebaiknya dilakukan (tinjauan normatif) (seperti kejujuran, keterbukaan, integritas, transparansi). Menurut Bennis (1999) dalam Susanto, et al.(2008), pada elemen ini mencakup pernyataan tertulis berupa strategi, tujuan dan filosofi dasar dan dapat dipahami jika kita sudah mulai menyelami organisasi tersebut dengan tinggal lebih lama dalam organisasi. Pernyataan tertulis tersebut disusun berdasarkan kesepakatan bersama dan seringkali amat dipengaruhi oleh cita-cita, tujuan dan persepsi yang dimiliki pendiri organisasi (*founding fathers*).Tata nilai yang ada dalam suatu organisasi lalu memunculkan norma-norma organisasi (Heni, 2011).

- Tingkatan 3 adalah Asumsi Dasar, tingkatan yang sebenarnya/inti dari budaya-tingkatan dari asumsi-asumsi yang tidak disadari atau yang tersirat yang diyakini bersama. Hal ini berupa kebenaran yang sudah dianggap normal, sudah menjadi kebiasaan atau dengan kata lain sudah diterima apa adanya (*taken for granted*) dari organisasi. Melalui pengulangan, organisasi mengembangkan solusi-solusi yang dapat dilaksanakan, dipercaya, dan berulang dilakukan, sifatnya tetap, tak dapat diragukan dan sulit berubah.

Semua unsur yang membentuk budaya organisasi di atas merupakan kekuatan yang sangat diperlukan untuk mendukung keberhasilan organisasi. Organisasi yang besar, sehat, berkembang dan sukses selalu mengembangkan budaya organisasi dengan nilai-nilai yang kuat untuk meraih keberhasilan sebagai jati diri dan kebanggaan organisasi (Heni, 2011).

Menurut Brown (1998) yang diadopsi dari Schein (Susanto et al., 2008), ada lima dimensi dalam asumsi-asumsi dasar budaya organisasi, yaitu hubungan manusia dengan lingkungannya, bentuk realitas dan kebenaran, bentuk dari *human nature*, bentuk dari kegiatan manusia, bentuk dari hubungan manusia. Denison(1999), Ashkansy, et al. (2000) dan Mearns, et al. (1998) dalam Flin (2007), menyatakan bahwa budaya lebih tepat diukur dengan metode kualitatif, sedangkan iklim dapat menggunakan metode kuantitatif, seperti survey berbasis kuesioner.

Dari beberapa penelitian, pengukuran budaya/iklim digunakan untuk menggambarkan dasar/pokok daribudaya, yaitu persepsi pekerja terhadap manajemen keselamatan, dan prioritas dari keselamatan terhadap target-target organisasi. Meskipun terjadi beberapa inkonsistensi dalam instrumen pengukuran iklim atau budaya keselamatan, antara konsep dan tema dari kuesioner, saat ini terdapat kecenderungan bahwa instrumen pengukuran budaya/iklim keselamatan ke arah: (1) konsep-konsep dari iklim keselamatan, serta pengembangan model teoritis untuk menjelaskan bagaimana iklim yang dirasakan secara nyata dapat berpengaruh terhadap pekerja untuk berperilaku kurang atau lebih aman (Flin, 2007). Selain itu, *self-administered survey* dapat membantu untuk memahami

persepsi institusi terhadap budaya keselamatan, dan merupakan suatu cara yang efisien untuk menanyakan pertanyaan yang sudah standard bagi seluruh responden secara bersamaan dan anonim (Kho, et al., 2005).

2.5 Dimensi-dimensi Budaya atau Iklim Keselamatan Pasien

Dalam uraian ini akan kita lihat beberapa dimensi budaya dan iklim KP, yang memang mempunyai banyak kemiripan dalam dimensi/konstruksinya:

a. Dimensi KP menurut Sorra & Nieva (2004) dan Handler, et al., (2006) dalam buku "*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*" adalah sebagai berikut: (berikut indikatornya/butir pertanyaan)

1. Dimensi Budaya Keselamatan (di tingkat unit)

- Keterbukaan komunikasi
 - Staf akan bebas berbicara jika mereka melihat sesuatu yang akan berdampak negatif kepada pasien
 - Staf merasa bebas bertanya terhadap keputusan atau tindakan dari mereka yang mempunyai otoritas lebih tinggi
 - Staf merasa takut untuk bertanya jika sesuatu hal yang terlihat tidak benar (negatif)
- Umpan balik dan komunikasi tentang *error*
 - Kita diberikan umpan balik terhadap perubahan di tempat kerja berdasarkan laporan kejadian
 - Kita diinformasikan tentang *error* yang terjadi di unit ini
 - Di unit ini, kita mendiskusikan cara-cara mencegah *error* agar tidak terulang lagi
- Dukungan manajemen terhadap KP
 - Manajemen RS memberikan iklim kerja yang mempromosikan KP
 - Tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa KP adalah prioritas utama
 - Manajemen RS terlihat hanya tertarik pada KP hanya jika terjadi insiden KP (negatif)
- Respons *non-punitive* (tidak menghukum) terhadap *error*
 - Staf merasa kesalahan kesalahan mereka ditimpakan kepada mereka (negatif)
 - Jika suatu kejadian dilaporkan, sepertinya lebih dituliskan orangnya, bukan masalahnya. (negatif)

- Staf merasa khawatir bahwa kesalahan mereka tetap disimpan di *file* mereka (negatif)
- Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan
 - Kita aktif melakukan hal-hal yang memperbaiki KP
 - Di sini, kesalahan membawa perubahan positif
 - Setelah kita melakukan perubahan untuk memperbaiki KP, kita mengevaluasi keefektifannya
- *Staffing*
 - Kita punya cukup staf untuk menangani beban kerja
 - Staf di unit ini bekerja melebihi waktu terbaiknya dalam melayani pasien (negatif)
 - Kita menggunakan lebih banyak staf sementara/sewa melebihi jumlah terbaik untuk melayani pasien (negatif)
- Ekspektasi dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi keselamatan
 - Supervisor/manajer memuji ketika melihat pekerjaan dilakukan sesuai prosedur KP
 - Supervisor/Manajer serius mempertimbangkan saran staf untuk memperbaiki KP
 - Pada saat stress mulai terbahngun, supervisor/manajer menghendaki untuk kerja cepat meskipun melakukan jalan pintas (negatif)
 - Supervisor/manajer mengabaikan masalah KP yang terjadi berulang-ulang (negatif)
- Kerjasama dalam unit
 - Setiap orang saling membantu di unit ini
 - Jika banyak pekerjaan yang harus segera diselesaikan, kita bekerja sebagai tim untuk menyelesaikannya
 - Di unit ini, kita saling menghargai
 - Jika satu bidang di unit ini menjadi sibuk, bidang lain akan membantu

2. Dimensi *Outcome*

- Frekuensi pelaporan kejadian
 - Jika suatu kesalahan terjadi, tetapi ditemukan dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, seberapa seringkah hal tersebut dilaporkan?
 - Jika suatu kesalahan dilakukan, tetapi tidak berpotensi mencederai pasien, seberapa seringkah hal tersebut dilaporkan?

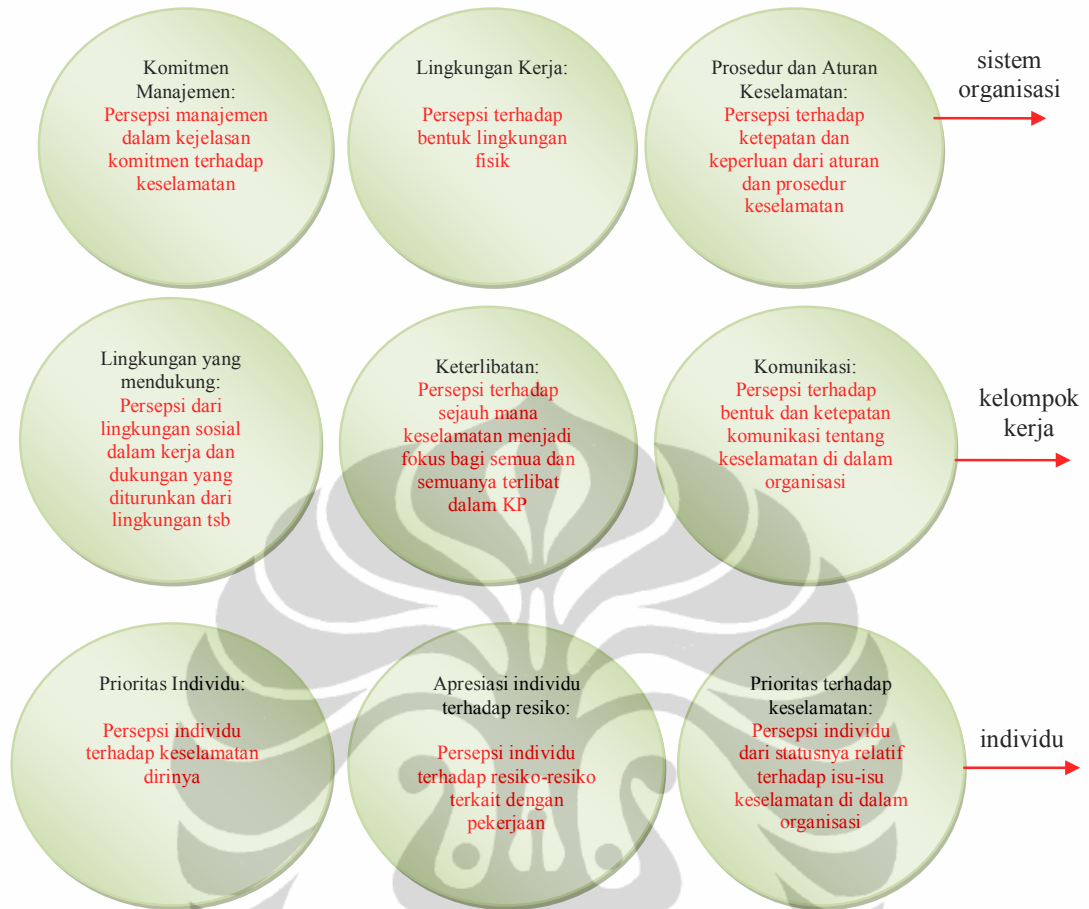
- Jika suatu kesalahan dilakukan, dapat mencederai pasien tetapi tidak terjadi, seberapa seringkah hal tersebut dilaporkan?
 - Keseluruhan persepsi tentang keselamatan
 - KP tidak pernah dikorbankan demi mengerjakan lebih banyak pekerjaan
 - Sistem dan prosedur kami sudah baik dalam mencegah error terjadi
 - Hanya kebetulan saja bahwa suatu kesalahan serius tidak terjadi di sekitar tempat ini (negatif)
 - Kita mempunyai masalah keselamatan di unit ini (negatif)
 - Jumlah kejadian yang dilaporkan
 - Dalam 12 bulan terakhir ini, seberapa banyak kejadian yang saudara laporkan
 - Keseluruhan nilai KP
 - Berikan keseluruhan nilai KP di unit kerja saudara (dari nilai A s/d E)
3. Dimensi RS
- *Handovers* (Penyerahan) dan transisi
 - Hal-hal yang salah terjadi pada saat transfer pasien dari unit satu ke yang lain (negatif)
 - Informasi pelayanan pasien yang penting sering hilang selama pergantian shift (negatif)
 - Masalah sering terjadi pada saat pertukaran informasi antar unit di RS
 - Kerjasama antar unit
 - Terdapat kerjasama yang baik antar unit RS yang diperlukan dalam bekerja bersama
 - Unit-unit RS bekerjasama dengan baik dalam memberikan layanan terbaik bagi pasien
 - Unit-unit di RS tidak berkoordinasi dengan baik satu sama lain (negatif)
 - Seringkali tidak menyenangkan bekerja dengan staf yang berasal dari unit lain (negatif)

b. Naveh, et al. (2005), menyatakan bahwa terdapat 4 dimensi iklim keselamatan yang dapat diidentifikasi untuk menerangkan terjadinya kesalahan perlakuan/*treatment*:

1. Persepsi pekerja terhadap kesesuaian prosedur keselamatan dari organisasi terhadap pekerjaan mereka sehari-hari

2. Persepsi pekerja terhadap frekuensi dan kejelasan informasi yang didistribusikan oleh organisasi
 3. Cara pekerja menginterpretasikan praktek keselamatan dari manajer mereka
 4. Prioritas yang dirasakan terhadap keselamatan di dalam organisasi
- c. Gershon, et al. (2000) mengaitkan dimensi iklim KP dengan praktek kerja yang aman dan insiden di tempat kerja, yaitu:
1. Dukungan manajemen terhadap program-program keselamatan
 2. Ketiadaan rintangan tempat kerja terhadap praktek kerja yang aman
 3. Kejelasan dan garis perintah dari penempatan kerja
 4. Konflik yang minimal dan komunikasi antar staf
 5. Seringnya umpan balik/pelatihan terkait dengan keselamatan dari supervisor
 6. Ketersediaan peralatan perlindungan individu dan kontrol
- d. Matsubara, et al. (2008) menyatakan bahwa terdapat 8 dimensi iklim KP, yaitu:
1. Sikap pekerja: kebebasan aliran komunikasi, perbaikan berkelanjutan, kepatuhan pelaporan/aturan dan keterlibatan pasien/keluarga
 2. Faktor-faktor organisasi: kepemimpinan pengawas keselamatan, kepemimpinan tenaga profesional yang terkait dengan keselamatan, kepemimpinan komite KP, dan ketersediaan peralatan/aturan
- e. Singer et al. (2009) menyatakan bahwa terdapat 8 dimensi budaya KP yang valid dan reliabel, yaitu:
1. Dimensi organisasi: keterkaitan manajemen senior, sumberdaya organisasi (SDM, anggaran, dan sarana), keseluruhan penekanan pada KP
 2. Dimensi Unit Kerja: aturan-aturan keselamatan unit, dukungan dan penghargaan terhadap upaya-upaya KP
 3. Dimensi Interpersonal: *fear of blame* (bebas dari rasa salah), *fear of shame* (bebas dari rasa malu)
- f. Cooper et al., (2008) menyatakan bahwa terdapat 8 dimensi iklim KP, yaitu:
1. Prioritas keselamatan

2. Pelaporan kesalahan
 3. Nilai keselamatan
 4. Kerja tim Gawat Darurat
 5. Dukungan manajemen
 6. Beban kerja yang aman
 7. Memohon bantuan
 8. Mengungkapkan kesalahan
- g. Dimensi pengukuran sikap keselamatan menurut Sexton et al. (2000): kerja tim, iklim keselamatan, kepuasan kerja, pengenalan risiko, persepsi manajemen, kondisi kerja.
- h. Dimensi KP yang diperoleh melalui instrumen Stanford (Singer et.al, 2003):
1. Organisasi
 2. Departemen
 3. Produksi
 4. Pelaporan/Mencari bantuan
 5. Kehati-hatian/*self-awareness*
- i. Colla et al. (2005), yang melakukan tinjauan terhadap beberapa survey iklim KP di Amerika Serikat (survey di berbagai tempat layanan kesehatan dan unit di RS), menyatakan 5 dimensi yang umumnya tercakup dalam survey, yaitu:
1. Kepemimpinan,
 2. Kebijakan dan prosedur,
 3. *Staffing*,
 4. Komunikasi, dan
 5. Pelaporan.
- j. 9 Dimensi KP yang dinyatakan oleh Currie (2007) dalam bukunya yang berjudul "*The Safety Climate Questionnaire (SCQ)*" dapat dilihat melalui gambar 2.6.:



Gambar 2.6 Dimensi dari Kuesioner Iklim Keselamatan/*The Safety Climate Questionnaire* (SCQ)

Sumber: Currie, 2007

Deskripsi dari dimensi-dimensi budaya KP, dapat kita ambil contoh dari uraian yang dihasilkan dari survey yang dilakukan oleh Kirk et al. (2007) tentang budaya KP di pelayanan kesehatan primer/*Primary Care*, sebagai berikut:

Tabel 2.2 Deskripsi Dimensi Budaya Keselamatan di Pelayanan Primer

Dimensi	Deskripsi
Komitmen keseluruhan terhadap mutu	<ul style="list-style-type: none"> • Berapa banyak investasi yang dilakukan dalam agenda mutu? • Apa yang menjadi tujuan utama dari kebijakan dan prosedur yang dibuat? • Upaya apa saja yang dilakukan oleh organisasi dalam rangka kolaborasi dan inovasi?
Prioritas yang diberikan untuk KP	<ul style="list-style-type: none"> • Seberapa serius isu KP ditangani di dalam organisasi? • Dimana letak tanggungjawab terhadap isu KP?
Persepsi tentang penyebab dan identifikasi insiden KP	<ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana menangani laporan insiden? • Sebagai suatu peluang untuk menyalahkan ataukah perbaikan?
Investigasi insiden KP	<ul style="list-style-type: none"> • Siapa yang menginvestigasi dan bagaimana caranya? • Apakah tujuannya bagi organisasi?
Pembelajaran organisasi melalui insiden KP	<ul style="list-style-type: none"> • Apakah organisasi belajar dari kejadian tersebut? • Apa yang dilakukan setelah insiden terjadi? • Mekanisme apa yang diterapkan untuk belajar dari insiden?
Komunikasi tentang isu-isu keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana suatu perubahan disosialisasikan dan dievaluasi? • Sistem komunikasi seperti apa yang digunakan? • Bagaimana bentuknya?
Manajemen SDM dan isu keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana mutu dari penyimpanan data terkait dengan keselamatan? • Bagaimana isu keselamatan ditangani di tempatkerja? • Bagaimana masalah-masalah SDM dikelola? • Bagaimana prosedur rekrutmen dan seleksi yang dilakukan?
Pendidikan dan latihan bagi staf tentang isu-isu keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana, mengapa dan kapan suatu program pendidikan dan pelatihan dikembangkan?

Dimensi	Deskripsi
Kerjasama seputar isu keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana dan mengapa tim dikembangkan? • Bagaimana mengelola tim-tim yang ada? • Berapa banyak kerjasama yang dilakukan terkait isu KP?

Sumber: Kirk, et al., 2007

2.6 Survey/Studi Pengukuran Budaya dan Iklim Keselamatan Pasien

Dari beberapa studi/survey pengukuran budaya dapat dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif, hanya saja dengan catatan berikut: *pendekatan kuantitatif* hanya mempelajari tentang sensitifitas perbedaan antar unit/organisasi dan perubahannya sepanjang waktu. Di samping itu, apakah hal tersebut merupakan fenomena untuk tingkat unit kerja atau organisasi. Hal ini mempunyai implikasi praktis terkait dengan siapa dan berapa banyak yang harus disurvey dan bagaimana melaporkan data untuk organisasi. Adapun *pendekatan kualitatif*, memberikan aspek kedalaman dan kekayaan informasi yang cukup berbeda.

Mearns et al. (1998) dalam Flin (2007) menyatakan bahwa iklim keselamatan lebih sesuai untuk survey berbasis kuesioner, yang hanya mampu mengungkapkan permukaan bentuk-bentuk sementara yang dilihat dari sikap pekerja terhadap keselamatan pada waktu tertentu, berupa *snapshot* (potret sekilas) bagi budaya keselamatan. Dan, umumnya ada tiga aspek yang dilakukan dalam survey-survey tersebut, yaitu kualitas psikometrik dari kuesioner iklim keselamatan yang digunakan, faktor-faktor yang mencirikan iklim keselamatan antar sektor pekerjaan yang diamati, serta hubungan iklim keselamatan terhadap perilaku keselamatan atau ukuran-ukuran kecelakaan.

Beberapa panduan pengukuran budaya/iklim keselamatan adalah sbb:

Tabel 2.3 Petunjuk Penggunaan Alat Pengukuran Budaya/Iklim Keselamatan

Metode	Sistem yang Dihadapi		
	Organisasi/Lingkungan	Unit Kerja/Sistem Organisasi	Kelompok Individu/Sistem Organisasi
Kuesioner Sikap	<ul style="list-style-type: none"> • Komitmen Manajemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan pendukung 	<ul style="list-style-type: none"> • Penilaian risiko

Metode	Sistem yang Dihadapi		
	Organisasi/Lingkungan	Unit Kerja/Sistem Organisasi	Kelompok Individu/Sistem Organisasi
(Kuesioner Iklim Keselamatan)	<ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan Kerja • Prosedur dan Aturan Keselamatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlibatan • Komunikasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritas personal • Prioritas Keselamatan
<i>Focus Group Interview</i> atau <i>Face-to face interview</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gaya Manajemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kerjasama 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Shared Value</i>
Observasi langsung/tidak langsung dan Audit Situasional	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan terhadap • Sistem Keselamatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku Keselamatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku Keselamatan

Sumber: Adaptasi dari *University of Loughborough Safety Climate Measurement Toolkit* oleh Cox & Cheyne, 2000 dalam Currie, 2007

Berbagai penelitian terhadap budaya/iklim keselamatan pasien belakangan ini telah dilakukan di beberapa negara. Di Amerika, pada tahun 2007, *JCAHO* menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya KP sebagai target keselamatan pasien. Sebuah penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat dan melibatkan 371 Rumah Sakit dengan tingkat respon 59.3%, memperlihatkan adanya hubungan bermakna secara langsung dan tidak langsung antara *Patient Safety Culture (PSC)* dengan *Patient Safety Initiatives (PSI)* dan *Patient Safety Outcomes (PSO)* melalui analisis jalur/*path analysis* (Mc Fadden, et al., 2009).

Survey Iklim KP terhadap bagian ICU (*Intensive Care Unit*) di Rumah Sakit di Amerika yang dilakukan oleh Kho, et al. (2005); Survey Rumah Sakit di Amerika dalam budaya KP yang dilakukan oleh Sorra, et al. (2004); evaluasi terhadap budaya KP di *nursing homes* di Amerika yang dilakukan oleh Handler, et al. (2006); serta survey yang dilakukan oleh Pronovost, et al. (2003) terhadap tenaga medis dan manajer di Rumah Sakit John Hopkins, yang berupa evaluasi terhadap budaya keselamatan RS John Hopkins, merupakan beberapa penelitian/survey yang sangat penting dalam memberikan gambaran bahwa terdapat upaya dalam skala besar untuk mengukur budaya keselamatan di institusi melalui beberapa alat pengukuran budaya (atau iklim) keselamatan, yang juga diukur nilai validitas dan reliabilitasnya.

Beberapa hasil penelitian lainnya di Amerika yang lebih khusus pada unit kerja tertentu, di antaranya adalah penelitian yang menganalisis iklim keselamatan, iklim tim, pengenalan stress dan antisipasi yang membuat kegagalan medis pada tim-tim operasi *pediatric cardiac*. Penelitian ini menunjukkan bahwa adanya pengaruh yang bermakna faktor-faktor tersebut terhadap kinerja tim (Bognar et al., 2008). Penelitian khusus lainnya terkait dengan pengukuran iklim keselamatan di antara bagian anestesi di RS di Amerika, setelah diintervensi suatu pelatihan yang diharapkan dapat memperbaiki aspek-aspek keamanan pasien dalam anestesi (dengan tingkat respon tahap 1: 44%, dan tahap 2: 38%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan indikator-indikator iklim keselamatan yang digunakan, terdapat perbedaan yang signifikan dalam iklim keselamatan antar Rumah Sakit (sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Flin et al. untuk bagian anestesi Rumah Sakit dan Sexton et al. untuk anestesi di ruang operasi), tetapi tidak terbukti bahwa pelatihan tersebut memberikan keseluruhan perbaikan dalam iklim keselamatan antara Rumah Sakit yang menjadi eksperimen, dibandingkan dengan Rumah Sakit yang menjadi kontrol (Cooper, et al., 2008).

Di kawasan Asia sendiri, penelitian yang menarik dilakukan di Jepang oleh Matsubara, yang berupaya mengembangkan model pengukuran iklim KP yang khusus yang dapat disesuaikan dengan kondisi di Jepang, sehingga akhirnya diperoleh model pengukuran iklim KP yang dapat diterapkan di seluruh Rumah Sakit di Jepang, dengan validitas dan reliabilitas yang tinggi (Matsubara et al., 2006). Contoh lain di China, budaya keselamatan yang positif dianggap penting bagi sistem manajemen kesehatan dan keselamatan dan harus dikombinasikan dengan budaya bangsa. Budaya keselamatan di China sendiri mempunyai tiga pengertian: komitmen dan janji manajemen yang kuat terkait keselamatan dan kesehatan kerja, kepedulian keselamatan secara universal dan tanggungjawab yang jujur terhadap kecelakaan kerja (Mao, 2004, dalam S.-H. Lin et al, 2008). Instrumen pengukuran iklim keselamatan menghasilkan 7 faktor yaitu: kompetensi dan kepedulian tentang keselamatan; komunikasi keselamatan; lingkungan organisasional; dukungan manajemen; kebijakan risiko; persyaratan keselamatan; serta pelatihan keselamatan (S.-H. Lin et al., 2008).

Instrumen-instrumen survey budaya KP telah banyak digunakan untuk menilai perbandingan/*benchmarking* internal dan eksternal, untuk mengidentifikasi area-area perbaikan, untuk mengevaluasi kesuksesan intervensi-intervensi KP, dan untuk memenuhi persyaratan peraturan di dalam RS (Handler et al., 2006). Dalam survey budaya KP lainnya, instrumen yang digunakan mempunyai tujuan yang mendasar, yaitu: (1) mengukur sikap terhadap KP dan budaya organisasi di RS, (2) menentukan bagaimana budaya KP bervariasi di antara RS dan diantara berbagai jenis staf pelayanan kesehatan dalam rangka mengidentifikasi peluang perbaikan dan menetapkan *baseline* untuk menilai upaya-upaya perbaikan ke depan (Singer et al., 2003).

Dalam hal instrumen/kuesioner pengukuran budaya/iklim keselamatan pasien di organisasi layanan kesehatan yang tersedia, dan dapat diunduh melalui *website*, di antaranya: *Safety attitudes questionnaire* (Sexton, et al., 2004); *Stanford instrument* (Singer et.al, 2003); *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Sorra & Nieva, 2004), serta Data Survey KP dari 5 organisasi pelayanan kesehatan di Canada yang dilakukan oleh *York University* pada tahun 2007 (Ginsburg & Tregunno, 2007).

Masih banyak lagi survey-survey tentang budaya atau iklim KP yang telah dilakukan, seperti yang dirangkum oleh Pronovost et al. (2003): *SLOAPS (Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety)*; *PSCHO (Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations)*; *VHA PSCQ (Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire)*; *CSS (Culture of Safety Survey)*; *HSOPS (Hospital Survey on Patient Safety)*; *SAQ (Safety Attitudes Questionnaire)*; *SCS (Safety Climate Survey)*; *MSSA (Medication Safety Self Assessment)*; *HTSSCS (Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey)*. Survey-survey tersebut memiliki dimensi berkisar 4 hingga 20 dimensi, umumnya mencakup dimensi kepemimpinan, kebijakan dan prosedur, *staffing*, komunikasi, dan pelaporan.

Intervensi pengukuran budaya KP dan upaya-upaya perbaikannya mungkin saja tidak dapat mencapai tujuannya dikarenakan kurangnya pengalaman organisasi dalam hal tersebut. Namun, dari pengalaman intervensi pengukuran budaya keselamatan yang sudah umum diterapkan di berbagai industri tenaga

nuklir dan petrokimia, diperoleh 10 langkah yang diperlukan, yaitu: (1) Membangun kapasitas; (2) Memilih instrumen survey yang sesuai; (3) Memperoleh dukungan yang nyata dari kepimpinan; (4) Melibatkan semua staf pelayanan kesehatan; (5) Distribusi dan pengumpulan survey; (6) Analisis dan interpretasi data; (7) Umpan balik hasil; (8) Menyetujui intervensi melalui konsultasi; (9) Implementasi intervensi; (10) Menelusuri perubahan (Fleming, 2005).

2.7 Budaya/Iklim Keselamatan Pasien dan *Outcome* Keselamatan Pasien

Teori tentang organisasi berisiko tinggi menekankan budaya keselamatan sebagai elemen kritis yang diperlukan untuk mengurangi kesalahan medis dan KTD (Stock et al., 2007) yang merupakan *outcome* dari KP. Dari penelitian Mc Fadden et al., (2009) *outcome* KP dapat diukur melalui 5 butir yang diambil dari Kazandjian dan Lied (1999), Spath(2000), Mc Fadden et al., (2006) dan Stock et al., (2007), yang mencakup perbaikan mutu, peningkatan kepuasan pelanggan dan penghematan biaya (*net*). Kaitannya dengan KP, maka butir-butir dibatasi hanya yang terkait dengan keselamatan pasien, yaitu frekuensi, keparahan, dan dampak dari kesalahan, serta meningkatnya pemahaman dan perhatian terhadap kesalahan. Dimensi *outcome* KP yang dimaksud di atas mencakup butir-butir: penurunan dalam frekuensi *error*, penurunan dalam keparahan *error*, meningkatnya pemahaman tentang *error*, meningkatnya kepedulian tentang *error*, penurunan dalam hal dampak dari *error*.

Berikut ini, Flin(2007) membuat suatu ringkasan dari penelitian yang menghubungkan iklim keselamatan dengan ukuran-ukuran *outcome* dalam layanan kesehatan, sebagai berikut:

- De Joy et al., (1995), dengan ukuran *outcome: self report scale* pada kepatuhan terhadap tindakan pencegahan yang sifatnya universal
- Gershon et al., (2000), dengan ukuran *outcome: self report scale* pada kepatuhan terhadap tindakan pencegahan yang sifatnya universal dari riwayat keterpaparan insiden
- Neal et al., (2000), dengan ukuran *outcome: self report* kepatuhan terhadap praktek-praktek dan prosedur keselamatan (dari kuesioner)

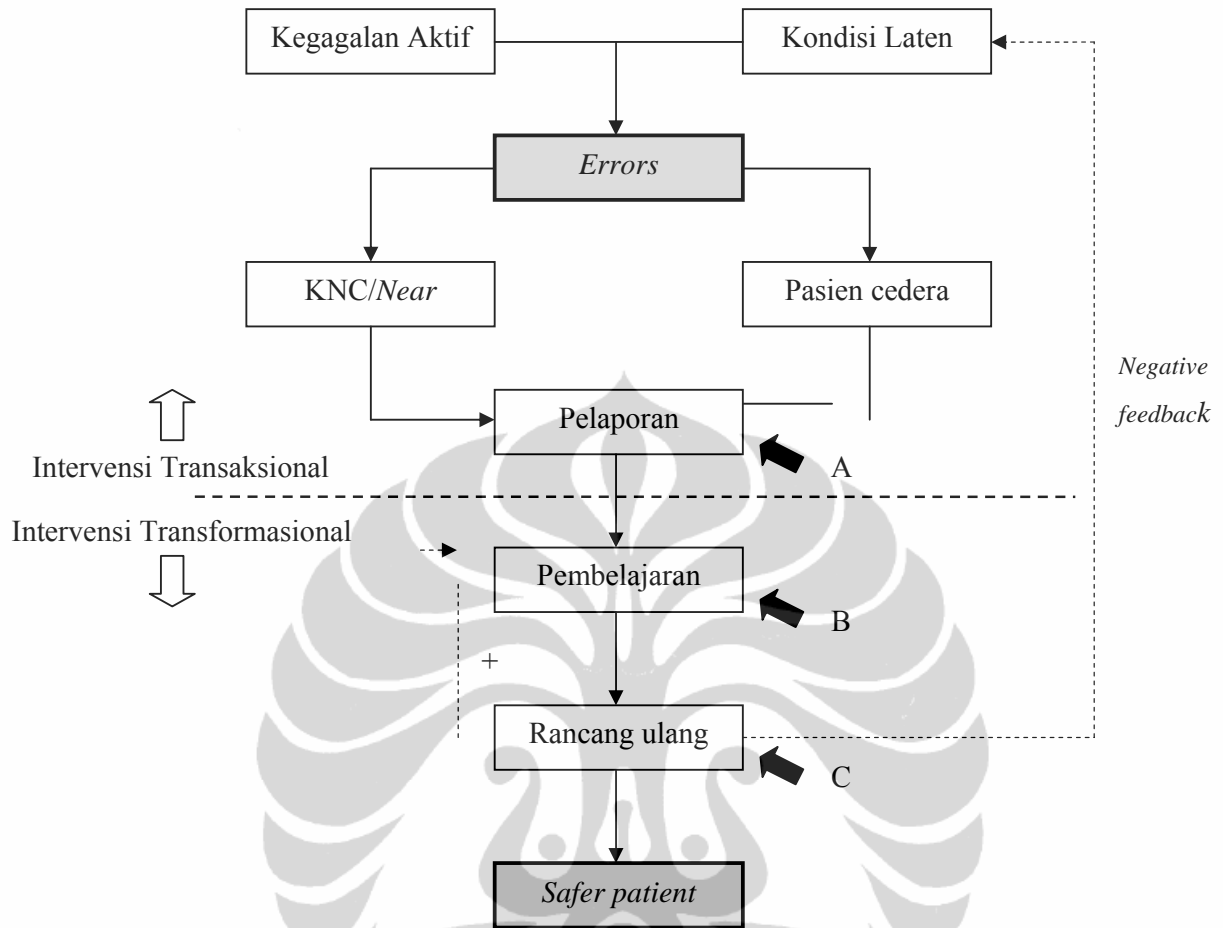
- Vredenburgh (2002), dengan ukuran *outcome*: kecelakaan kerja
- Sorra & Nieva (2003), dengan ukuran *outcome*: *self report* dari jumlah kejadian yang dilaporkan, tingkat KP, frekuensi dari pelaporan kejadian
- Itoh, et al.(2002), dengan ukuran *outcome* tingkat pelaporan insiden dari perawat-perawat di suatu RS.

2.8 Perubahan Transformasional terkait Keselamatan Pasien dalam Pengembangan Organisasi

Dalam berbagai literatur tentang budaya organisasi, dapat disimpulkan bahwa budaya mendorong perilaku individu dan kelompok. Juga dapat menjadi bukti bahwa budaya adalah hal yang “perlu” tetapi belum “cukup” untuk meningkatkan perubahan yang berkelanjutan. Dalam hal budaya keselamatan, maka budaya keselamatan pada akhirnya akan menjadi kehilangan dayanya dengan tidak adanya sistem yang mendukung (Behal dalam Youngberg& Hatlie, 2004).

Berdasarkan referensi tersebut, disampaikan pula contoh yang dapat menjelaskan hal tersebut di atas; anggaplah ada kebijakan untuk merubah perilaku staf; dari kebiasaan tidak melaporkan KTD/AE ke arah pelaporan yang tepat. Efek lokal dari kebijakan dapat menyebabkan kondisi psikologis seperti ketakutan atau frustrasi di dalam unit kerja. Pelaporan kesalahan mungkin meningkat, tetapi itu terjadi tanpa staf merasa terlibat (*buying in*), sehingga akan mulailah terjadi perawat melaporkan kesalahan farmasi, dokter melaporkan kesalahan perawat. *Self-reporting*, yang merupakan salah satu ciri utama budaya *non-punitive*, tidak akan terjadi. Belajar dari kesalahan akhirnya tidak pernah terjadi, yang ada adalah budaya menyalahkan.

Budaya yang berbeda dapat menunjukkan arti yang berbeda terhadap satu kebijakan yang sama. Jadi, kebijakan saja tidak cukup untuk mengembangkan budaya KP. Dalam hal ini budaya pelaporan ini, ada model konseptual tentang peran dari pelaporan suatu insiden dalam suatu desain sistem pelayanan kesehatan yang lebih aman. Model konseptual tersebut dapat dilihat pada Gambar 2.7 di bawah ini:



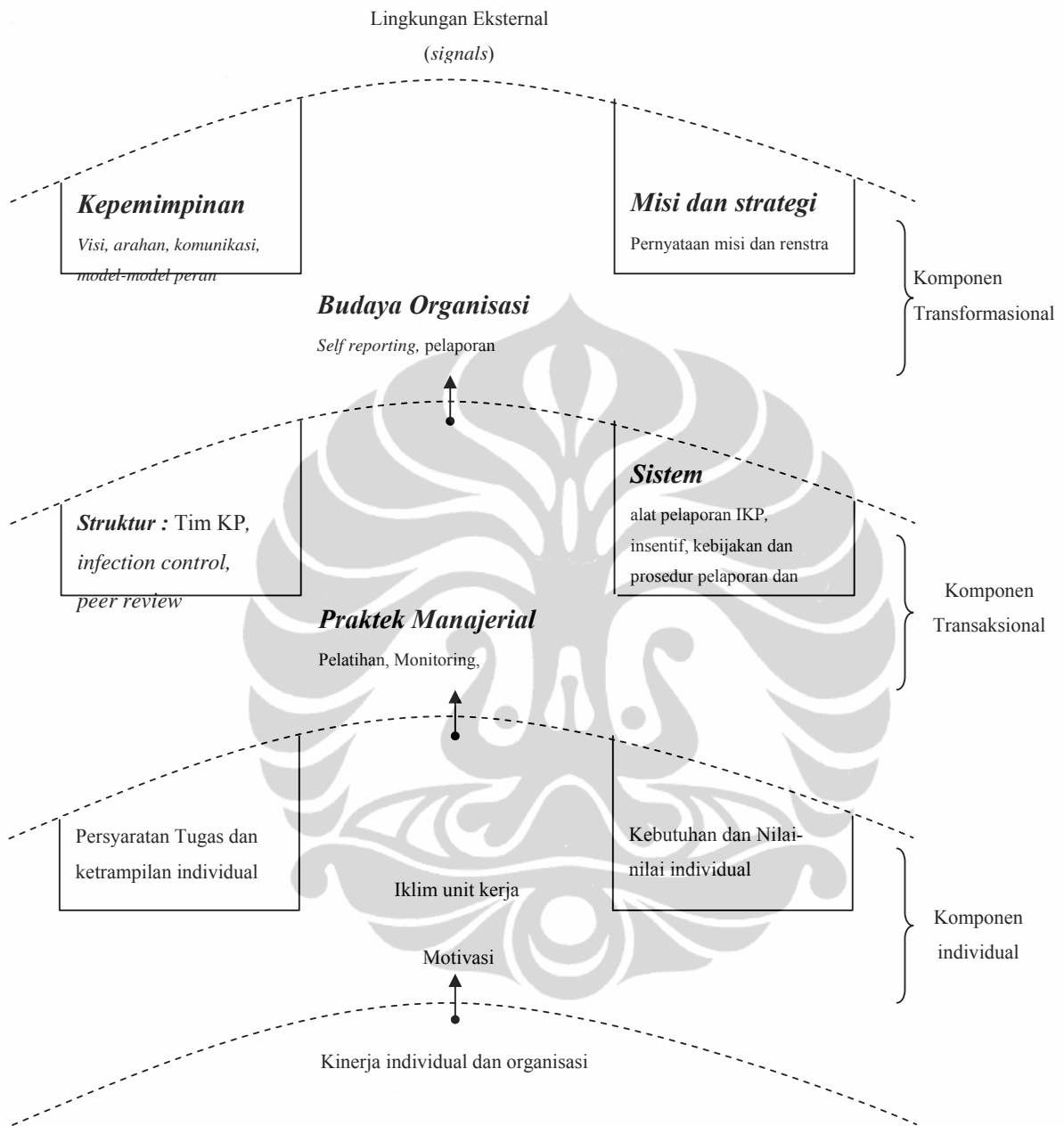
Gambar 2.7 Model Konseptual dari Peran Pelaporan Kejadian/Insiden dalam Memperbaiki Keselamatan

Sumber: Behal dalam Youngberg & Hatlie, 2004

Berdasarkan model tersebut, kebijakan saja hanya berdampak pada tingkat pertama, atau “transaksional”, perubahan tanpa merubah bentuk dasar organisasi. Jika hanya bertujuan untuk meningkatkan pelaporan dari suatu kesalahan, intervensi pada tingkat pertama saja sudah cukup. Suatu perubahan dalam struktur organisasi, kebijakan dan prosedur yang baru, dan komputersisasi sistem pelaporan insiden bisa jadi semua itu dibutuhkan, dan tentu saja harus dilihat dari sudut pandang yang pertama yaitu budaya. Jika kebijakan yang baru tidak menimbulkan ancaman bagi nilai-nilai dan falsafah dasar yang dipegang oleh staf, maka akan lebih diterima kebijakan itu, meskipun mungkin tidak dengan antusias.

Jika bertujuan untuk memperbaiki KP dan mengurangi kemungkinan terjadinya cedera pada pasien, intervensi tingkat pertama tidak akan sukses. Pada kasus ini, intervensi tingkat ke-dua, yaitu “transformasional”, suatu perubahan dilakukan. Perubahan di tingkat ke-dua berasal dari kombinasi yang bersifat multilevel, intervensi multidimensi yang berfokus pada misi dan strategi, gaya kepemimpinan, dan budaya organisasi. Dalam tahap ini, terdapat intervensi pembelajaran, rancang ulang. Kebijakan untuk wajib melakukan pelaporan dan perubahan struktur dapat meningkatkan pelaporan kejadian (Lihat gambar : panah A). Tetapi, untuk melakukan langkah selanjutnya (panah B dan C) intervensi transformasional diperlukan. Melalui pembelajaran terhadap laporan kejadian, dan kemudian merancang kembali sistem secara bertahap sepanjang waktu, maka kondisi-kondisi laten dari sistem dapat diidentifikasi dan dihilangkan, dan akan membangun sistem layanan kesehatan yang lebih aman.

Selanjutnya, terkait dengan kinerja dan perubahan organisasi, kedua intervensi di atas akan membawa perbaikan yang berkelanjutan dalam kinerja organisasi, yang dapat dilihat gambar 2.8. berikut:



Gambar 2.8 Model Burke-Litwin tentang Menterjemahkan Kebutuhan Internal dan Eksternal untuk Memperbaiki Keselamatan Pasien ke dalam Kinerja Organisasi

Sumber: Behal dalam Youngberg, 2004

Penjelasan:

Upaya *top-down* yang direncanakan dan didorong oleh kepemimpinan senior dapat secara cepat menempatkan struktur dan kebijakan yang sesuai, dimana intervensi *bottom-up* secara bertahap mempersiapkan staf di garis terdepan pelayanan kesehatan untuk aktif berpartisipasi. Koordinasi penerapan intervensi *top-down* dan *bottom-up* memudahkan manajer dan staff untuk dapat melihat hasilnya dengan cepat, sementara suatu “infrastruktur budaya” terus ditanamkan untuk kinerja jangka panjang. Kepemimpinan, misi dan strategi, dan budaya organisasi adalah tiga target kunci untuk intervensi transformasional, sedangkan intervensi transaksional diterapkan untuk menjalankan struktur, sistem dan manajemen. Jaringan efek dari intervensi-intervensi tersebut adalah memodifikasi iklim kerja di unit kerja, yang selanjutnya akan berkontribusi untuk mengaitkan tugas-tugas yang mendasar dengan ketrampilan dan kebutuhan individu. Individu yang termotivasi dan sumberdaya yang sesuai kemudian akan memperbaiki kinerja organisasi.

2.9 Variabel Independen: Faktor-faktor Budaya Keselamatan Pasien beserta Indikator/Variabel Teramati

2.9.1 Kepemimpinan Transformasional

Secara umum, untuk membentuk sebuah transformasi budaya (dalam *values driven organization*) yang pertama diperlukan adalah komitmen kepemimpinan yang kuat yang mengawal transformasi budaya itu sendiri. Jadi, dimulai dengan transformasi pribadi para pemimpin, kemudian pemetaan nilai-nilai budaya yang ada saat ini, serta pengukuran tingkat keselarasan antara nilai-nilai pribadi karyawan (*individual*) dengan nilai-nilai organisasi (Tjahjono, 2010).

Model kepemimpinan merupakan salah satu aspek kepemimpinan yang diteliti dalam kaitannya dengan membangun dimensi budaya KP. Secara khusus hal ini ini dikemukakan dalam penelitian yang dilakukan oleh. Mc Fadden(2009) yang membuat model “rantai keselamatan pasien,” yang mengajukan dugaan bahwa untuk memperbaiki keselamatan dimulai dari dukungan top manajemen melalui berbagai upaya dengan menggunakan model kepemimpinan transformasional. Kepemimpinan transformasional akan memberikan efek *trickle*

down dalam suatu rantai yang pada ujungnya memperbaiki *outcome* keselamatan. Kepemimpinan transformasional berdampak pada budaya KP, kemudian berdampak pada upaya KP, dan terakhir berdampak pada *outcome* KP.

Menciptakan suatu budaya yang mendukung KP kemungkinan besar menghendaki perubahan organisasional yang besar dalam RS. Jika keselamatan pasien menjadi tujuan yang utama dan bertahan lama, maka hal tersebut tidak hanya sekedar terjadi perubahan dana, personel dan aturan. Tetapi hal itu akan memerlukan pemimpin yang akan memaksa untuk mempertahankan (*bite a bullet*) dan mengubah cara pemberian layanan kesehatan yang berkelanjutan. Kepemimpinan harus bertindak dengan cara yang tegas meyakinkan, akuntabel, dan bertanggung jawab (Rozovsky & Woods, 2005). Untuk itu, umumnya sudah diterima secara luas berdasarkan literatur bahwa kepemimpinan di tingkat paling tinggi merupakan pendorong yang penting untuk suksesnya suatu perubahan organisasi.

Kotter (1990) dalam Mc Fadden (2009) menyatakan ada tiga ciri kunci tugas kepemimpinan yang harus dilakukan untuk mengadakan perubahan organisasi, termasuk di dalamnya adalah perubahan terkait budaya KP. Pertama, menetapkan arah organisasi (mengembangkan dan mengartikulasikan visi, misi, tujuan, nilai); kedua, mengkomunikasikan secara efektif untuk membangun kohesifitas dan kerjasama yang diperlukan untuk suksesnya suatu perubahan; ketiga, memotivasi dan memberikan inspirasi pegawai dengan menunjukkan keyakinannya bahwa tujuan dapat tercapai, bersikap optimis menghadapi masa depan dan antusias yang tinggi dalam menyelesaikan sesuatu. Tambahan lainnya adalah mempertimbangkan aspek etika dan moral pada setiap pengambilan keputusan.

Dalam teori Multifaktor Kepemimpinan, yang banyak diterapkan di berbagai literatur manajemen umum maupun manajemen layanan kesehatan, terdapat tiga jenis model kepemimpinan yang berbeda: kepemimpinan transformasional (berdasarkan inspirasi karisma), kepemimpinan transaksional (berdasarkan *reward-punishment*), kepemimpinan *laizzes-faire* (tidak punya kepemimpinan).

Dari berbagai penelitian, model kepemimpinan transformasional dikenal sebagai yang paling berhasil. Konsep awal mengenai kepemimpinan transformasional ini diformulasikan oleh Burn yang kemudian dikembangkan oleh Bass (1990), yaitu melihat konteks pengaruh kepemimpinan transformasional atasannya terhadap bawahannya/pengikut. Kepemimpinan transformasional akan membawa kinerja yang superior jika ditambahkan pada kepemimpinan transaksional (Kreitner & Kinicki, 2007). Kepemimpinan transformasional menekankan pada perilaku kepemimpinan yang memungkinkan pengikutnya mempunyai kejelasan terhadap tujuan yang akan menjadi penyemangat mereka, dapat menjadi teladan dalam kepemimpinannya dan dapat mengartikulasikan visinya (Bass & Avolio, 2000, dalam McFadden et al., 2009).

Menurut Nahavandi (2000) yang dikutip oleh Suryani (2002), terdapat tiga ciri penting kepemimpinan transformasional, yaitu: karisma, pertimbangan yang diindividualisasikan (*individualized consideration*), dan stimulasi intelektual. Ketiga ciri penting tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Karisma

Keberhasilan kepemimpinan transformasional dipengaruhi sejauh mana pandangan para pengikut atas karisma pemimpin. Pemimpin yang karismatik mempunyai kekuasaan dan pengaruh yang besar, memberikan inspirasi dan menstimulasi para pengikutnya dengan ide yang memungkinkannya mampu melakukan tugas dengan usaha yang luar biasa. Terdapat hasil penelitian yang menunjukkan kelompok dengan gaya kepemimpinan transformasional menunjukkan usaha yang lebih besar dibandingkan kelompok yang dipimpin dengan gaya transaksional. Pemimpin yang memiliki karisma meningkatkan kebanggaan, kepercayaan dan penghargaan para pengikutnya.

2. Pertimbangan yang diindividualisasikan

Pemimpin transformasional mempertimbangkan dan memberi perhatian secara individual kepada para pengikutnya. Perlakuan terhadap para pengikut dilakukan secara personal sesuai dengan kondisi masing-masing individu. Pemimpin tidak segan memberikan saran dan bersedia melatih para pengikutnya.

3. Stimulasi intelektual

Pemimpin yang memiliki stimulasi intelektual, memiliki kemauan dan kemampuan menunjukkan beberapa cara baru kepada pengikutnya, melibatkan pengikut dalam pengambilan keputusan, dan memberikan kesempatan kepada anak buahnya untuk melihat, memikirkan, dan menyelesaikan berbagai persoalan yang ada dengan maksud agar terjadi pembelajaran pada anak buahnya.

Pengertian lainnya, menurut Dumdum et al. (2002), yang dikutip oleh Kreitner & Kinicki (2007) gaya kepemimpinan transformasional “menimbulkan rasa saling percaya/*trust*, mencoba mengembangkan kepemimpinan pada orang lain, menunjukkan pengorbanan-diri dan menjadi agen moral, memfokuskan dirinya dan pengikutnya pada tujuan yang lebih mementingkan kebutuhan kelompok kerjanya.” Selain itu, menurut Leavitt (2006) yang dikutip oleh Moeljono & Sudjatmiko (2007), kepemimpinan transformasional adalah yang memberikan sentuhan manusiawi (*human touch*) pada hierarki di dalam suatu organisasi.

Penelitian lainnya yang terkait dengan model kepemimpinan ini diantaranya : meta analisis yang dilakukan oleh Eagly et al. (dikutip oleh Kreitner & Kinicki, 2007) mengungkapkan bahwa laki-laki lebih banyak mempunyai gaya kepemimpinan *laissez-faire* dibandingkan perempuan. Baik model kepemimpinan transaksional maupun transformasional secara positif berhubungan dengan sikap dan perilaku pegawai yang beragam dan menggambarkan aspek yang berbeda dari seorang pemimpin yang baik.

Dalam Kreitner & Kinicki (2007) dijelaskan pula bahwa kepemimpinan transformasional dikaitkan dengan empat kunci perilaku pimpinan, yaitu:

1. *Motivasi Inspirasional*, meliputi kemampuan dalam menetapkan visi yang menarik, menggunakan argumen yang emosional, optimis dan antusias. Hal ini dilakukan melalui komitmen yang menarik, memberdayakan pegawai, menciptakan kebermanaan dalam kehidupan pegawai, menetapkan standard kinerja yang sempurna, menganjurkan cita-cita yang tinggi, dan menjembatani antara masalah yang muncul saat ini dengan *goal* di masa datang. Pentingnya

motivasi inspirasional dikuatkan dengan salah satu penelitian di Sekolah Bisnis untuk eksekutif di Columbia, yang menunjukkan bahwa 61% responden menyetujui bahwa kemampuan menetapkan visi yang menarik merupakan ketrampilan yang paling penting bagi eksekutif saat ini.

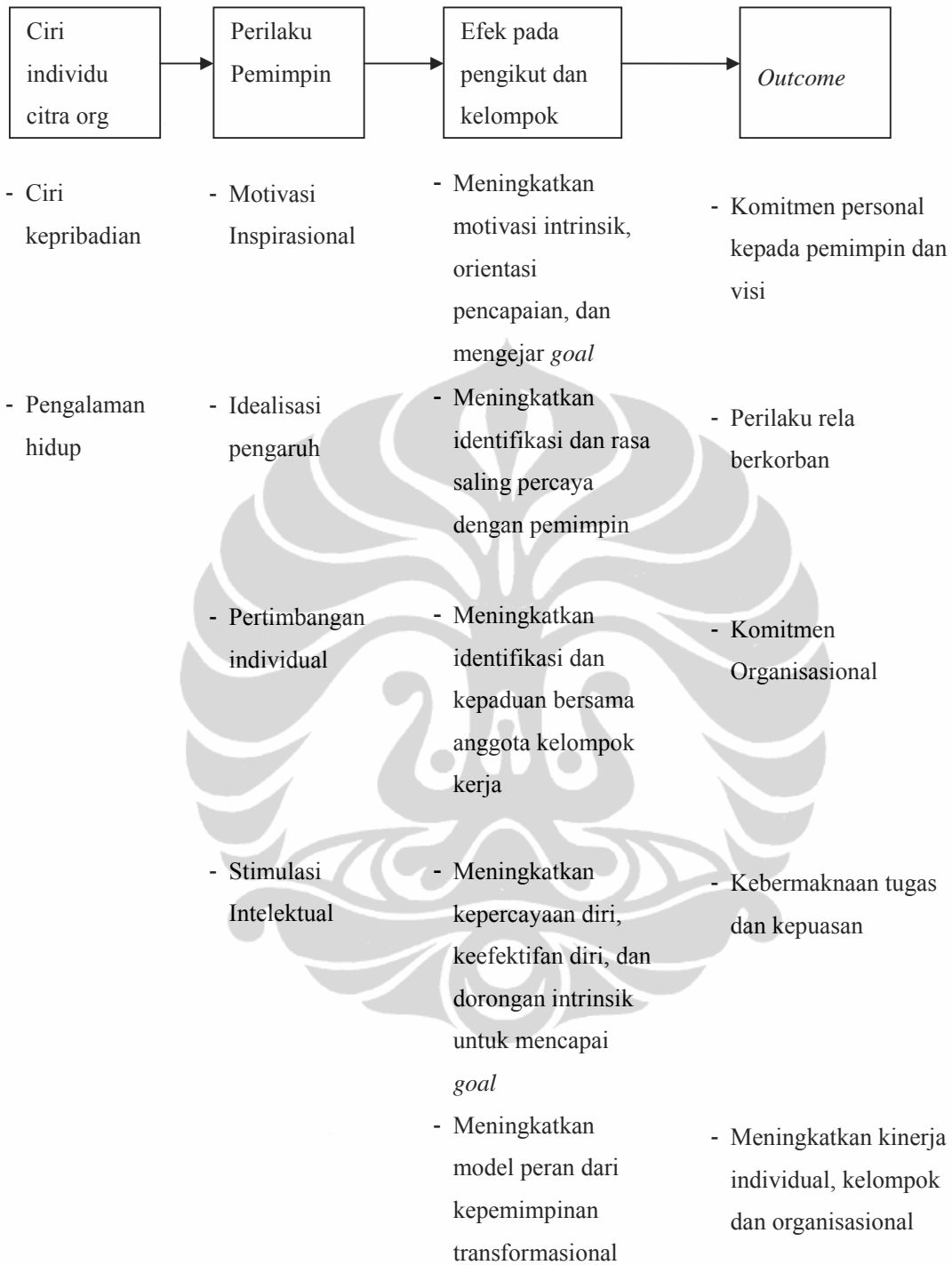
2. *Idealisasi pengaruh*, mencakup perilaku rela berkorban demi kebaikan kelompok, menjadi teladan, dan memperlihatkan standard etika yang tinggi.
3. *Pertimbangan Individual*, mencakup perilaku yang berhubungan dengan memberikan dukungan, mendorong keberanian, memberdayakan dan melatih pegawai. Penting sekali pemimpin memberikan perhatian yang besar dan personal kepada pengikutnya. Wujudnya dapat dilihat dalam bentuk kualitasnya hubungan antara pemimpin dan bawahan, sehingga pemimpin memberi dukungan berupa sumberdaya (*tangible, intangible* dan berupa *mentoring* dan *coaching*) untuk mengembangkan kompetensi dan kapabilitas bawahan (Liden, Sparrowe & Wayne dalam Moeljono & Sudjarmiko, 2007).
4. *Stimulasi Intelektual*, mencakup perilaku mendorong pegawai untuk mempunyai keberanian dalam mempertanyakan kondisi *status quo*, dan mencari solusi-solusi yang inovatif dan kreatif bagi masalah organisasi yang muncul. Kepemimpinan harus mengambil tindakan untuk mentransformasikan sistem yang menyediakan lapangan untuk inkubasi inovasi-inovasi, seperti menemukan sistem yang baru dan memperkaya struktur yang ada untuk mencapai *safety* (Rozovsky & Woods, 2005).

Pengembangan faktor-faktor kepemimpinan transformasional berasal dari riset yang dilakukan oleh Bass (1997) dalam Gibson et.al (2006). Faktor-faktor tersebut menggambarkan kepemimpinan transformasional (ada tiga faktor/elemen), yaitu:

1. Karisma, adalah kemampuan pemimpin untuk menanamkan nilai, respek, dan harga diri dan mengartikulasikan visi. Menurut Conger & Kanungo dalam Bass (1990) yang dikutip oleh Moeljono & Sudjarmiko(2007), pemimpin karismatik menunjukkan perilaku yang radikal, tidak konvensional, pengambil risiko, dan visioner.

2. Perhatian Individual, adalah kemampuan pemimpin untuk memberikan perhatian terhadap kebutuhan pengikutnya dan menunjukkan betapa bermaknanya suatu pekerjaan sehingga pegawai berkembang kepribadiannya
3. Stimulasi Intelektual, adalah kemampuan pemimpin untuk membantu pengikutnya berpikir kembali secara rasional untuk mengevaluasi suatu keadaan, mendorong agar pengikutnya kreatif.
4. Penghargaan yang terus menerus, adalah kemampuan pemimpin untuk menginformasikan kepada pengikutnya apa yang mereka harus lakukan untuk mendapatkan *reward* yang mereka inginkan.
5. Manajemen dengan “tanpa kecuali,” adalah kemampuan pemimpin untuk membolehkan pengikutnya bekerja melakukan tugasnya dan tidak mengintervensinya kecuali jika target tidak tercapai dalam waktu dan biaya yang dapat ditolerir.

Bagaimana kepemimpinan transformasional dapat mengubah pengikutnya? Kepemimpinan transformasional mengubah pengikutnya dengan menciptakan perubahan dalam tujuan, nilai, kebutuhan, keyakinan dan aspirasi mereka (Kreitner & Kinicki, 2007). Gambar berikut memberikan model bagaimana pemimpin melakukan proses transformasi tersebut:



Gambar 2.9. Model Kepemimpinan Transformasional

Sumber: Kreitner & Kinicki, 2007

Dari gambar di atas, diperlihatkan bahwa perilaku kepemimpinan transformasional awalnya dipengaruhi oleh berbagai ciri individu dan organisasi. Hal yang penting adalah hubungan antara ciri kepribadian dengan kepemimpinan transformasional adalah lemah dan lebih rentan terhadap pengaruh manajerial, sehingga pengalaman hidup berperan dalam mengembangkan kepemimpinan transformasional disamping bahwa kepemimpinan transformasional ini dapat dipelajari (Lewis & Harvey, 2001, yang dikutip oleh Kreitner & Kinicki, 2007). Selanjutnya, budaya organisasi mempengaruhi sejauh mana seorang pemimpin bisa menjadi transformasional. Budaya yang adaptif dan fleksibel lebih mudah menciptakan lingkungan yang mendorong terciptanya kepemimpinan transformasional dibandingkan dengan budaya yang kaku dan birokratis.

Dari uraian di atas, organisasi yang sedang melakukan transformasi (budaya) membutuhkan pemimpin (berwatak) transformasional; menjadi *champion* atau agen perubahan yang memberikan inspirasi kepada orang lain untuk berubah secara transedental menuju kebutuhan yang lebih tinggi, memberikan motivasi dan melalui dialog-dialog yang inspirasional dimana lingkungan kerja dan bisnis menjadi amat kondusif untuk berkinerja tinggi. Kepemimpinan transformasional dibangun melalui watak dasar integritas, maturitas, mental kelimpahruahan, bertanggungjawab, kepercayaan, mentalitas keunggulan, yang berhubungan erat dengan keefektifan atau keberhasilan seorang pemimpin. Jadi, pemimpin yang bisa berhasil membangun kultur haruslah pemimpin transformasional (Mangkusasono dalam Moeljono & Sudjatmiko, 2002).

Dalam kaitan antara kepemimpinan transformasional dalam membangun budaya keselamatan pasien, maka penelitian yang dilakukan Singer & Tucker (2005) terhadap 9 RS di Amerika, memperlihatkan bahwa kepemimpinan keselamatan pasien yang kuat memerlukan 6 tindakan: (1) menetapkan dan mengkomunikasikan visi keselamatan secara jelas dan tegas; (2) memberikan nilai dan memberdayakan pegawai; (3) terlibat aktif dalam upaya perbaikan KP; (4) menjadi teladan/contoh; (5) fokus pada isu-isu sistem, dan (6) secara kontinyu mencari peluang-peluang perbaikan. Data menunjukkan adanya variasi yang mendasar terkait dengan tindakan tersebut di antara manajemen senior RS.

Kepemimpinan dalam isu-isu keselamatan banyak terbukti mempengaruhi terciptanya budaya keselamatan yang positif dan merupakan hal yang kritis dalam mutu layanan yang tinggi (Hughes & Lapane, 2006). Adapun butir pernyataan untuk mengukur Kepemimpinan Transformasional, dicontohkan dalam penelitian Mc Fadden, et al. (2009), yaitu:

Seberapa sering pernyataan berikut menggambarkan CEO di organisasi saudara?

- Menyampaikan tentang...nilai-nilai...
- Menyampaikan dengan optimis...
- Menyampaikan dengan antusias...
- Menetapkan pentingnya...
- Mempertimbangkan moral...
- Mengartikulasikan suatu visi yang memberikan dorongan...
- Menekankan misi kolektif...
- Mengekspresikan kepercayaan diri...

Peran kepemimpinan dalam meningkatkan KP juga termasuk dalam standar KP RS di Indonesia. Selain itu juga merupakan langkah ke-2 menuju KP, dimana pelaksanaan KP di RS membutuhkan komitmen dan motivasi direksi, pimpinan klinis dan manajerial dari seluruh pelayanan, dan diharapkan tampak nyata di lapangan. Sebagaimana hasil penelitian dari Mc Fadden et.al (2009) yang dijelaskan sebelumnya, dimana Kepemimpinan Transformasional berhubungan erat dengan pembentukan budaya KP (*standardized total effect*= 0,56). Yang pada ujung rantainya akan mendorong upaya-upaya KP yang dilakukan dan meningkatkan outcome dari KP. Studi ini menunjukkan bukti empiris bahwa memperbaiki KP dimulai dari pimpinan puncak organisasi- dengan gaya kepemimpinan transformasional dari manajemen senior RS- yang berhubungan langsung dengan pembentukan budaya KP di dalam RS, serta dikaitkan dengan suksesnya upaya-upaya KP yang diterapkan. Kepemimpinan transformasional ini terkait pula dengan kebutuhan intervensi transformasional yang diperlukan dalam kerangka konsep peran pelaporan insiden/kejadian- yang merupakan ciri penting dalam budaya KP- dalam memperbaiki KP (lihat gambar 2.6 dan 2.7), untuk menghasilkan perbaikan berkelanjutan.

Pimpinan puncak/senior RS sudah seharusnya memprioritaskan dua hal terkait dengan KP, yaitu: menciptakan budaya KP dan budaya belajar, serta mengimplementasikan sistem pelaporan insiden/error. Keseluruhannya harus terintegrasi dengan visi dan pendekatan yang terstruktur, agar tidak menghasilkan kebijakan yang inkonsisten. Di sini peran pemimpin RS dalam mengarahkan pegawai dan memberikan motivasi. Pimpinan perlu mempertimbangkan hal-hal berikut (Behal dalam Youngberg & Hatlie, 2004):

- Mengembangkan visi KP : seperti apa pernyataan tentang KP yang diinginkan ke depan
- Mengkomunikasikan visi KP ke seluruh staf: apa artinya bagi mereka, apa yang harus berubah dan mengapa harus berubah.
- Membuat KP sebagai komponen yang secara eksplisit dinyatakan dalam misi
- Memberikan teladan perilaku: menerapkan transparansi dalam pembuatan keputusan serta akuntabel di mata komisaris/dewan pengawas.

2.9.2 Faktor Kerjasama Tim (*Teamwork*)

Dalam model pelayanan medis terhadap pasien, terdapat perbedaan bentuk antara tahun-tahun di awal 1900-an dengan saat ini. Menurut Rozovsky & Woods (2005), pada tahun 1900-an dokter adalah “boss” dan petugas kesehatan lainnya adalah pengikutnya, tetapi saat ini tim medis mengalami transformasi menjadi tim yang berimbang dimana setiap kontribusi individu dalam tim adalah komponen yang unik dan dapat diterima dari keseluruhan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Seiring dengan intensifnya tekanan persaingan di seluruh organisasi, termasuk bagi organisasi layanan kesehatan, para ahli organisasi mengatakan bahwa sukses organisasi meningkatkan ketergantungan pada kerja tim dibanding seorang individu yang unggul.

Tim dan kerja tim merupakan komponen yang penting dalam pelayanan kesehatan. Semua pelayanan kesehatan melibatkan anggota-anggota dari berbagai profesi yang harus berkoordinasi lintas bagian selama berbagai tahapan kondisi dari kesehatan maupun kesakitan pasien. Kemampuan untuk berkomunikasi dan bekerjasama sangat mendasar bagi keberlangsungan pelayanan bagi pasien. Setiap

anggota tim harus dapat berfungsi secara efisien dan efektif untuk memperoleh *outcome* pasien yang diinginkan.

Menurut Gibson et.al (2006) tim harus digunakan jika faktor-faktor berikut ada, yaitu:

- a. Suatu masalah yang rumit yang membutuhkan pegawai dengan berbagai keahlian fungsional dan bakat
- b. Suatu tujuan untuk memperbaiki produk, layanan, proses yang ada
- c. Suatu tugas yang membuka kemungkinan untuk adanya pembagian tenaga kerja
- d. Suatu situasi dimana membuat keputusan yang salah adalah sesuatu yang sangat mahal.

Keselamatan pasien adalah usaha suatu tim, tim yang paling efektif mempunyai tujuan yang sama dalam bekerja, dan adanya kerja tim yang tidak efektif menciptakan berbagai peluang untuk terjadinya kesalahan/*errors* (Merry & Brown, 2002; White, 2004). Menciptakan tim yang efektif dalam situasi dimana individu-individu dapat bekerja lebih baik ekivalen dengan menyelesaikan suatu masalah dengan sempurna (Robbins, 2003).

Pentingnya upaya tim dalam suksesnya keselamatan pasien dimulai dengan pengenalan anggota tim sebagai komponen penting dari keselamatan pasien; membangun tim (di sini menghendaki *leader* yang dapat mempengaruhi setiap anggota, agar dipastikan mereka memahami pentingnya sebagai anggota tim); cara komunikasi yang dilakukan di antara anggota tim (setiap anggota harus mempunyai hak prerogatif untuk tidak setuju, dan harus tahu bagaimana tidak setuju secara produktif di antara mereka); dan terakhir mempunyai alur perintah yang jelas. Pada kebanyakan organisasi pelayanan kesehatan, pendekatan tim yang kolaboratif akan menandai suatu perubahan budaya dalam cara organisasi itu bekerja (Rozovsky & Woods , 2005).

Terdapat beberapa studi terkait dengan iklim/budaya KP di tingkat unit kerja atau terkait dengan kerjasama tim, di antaranya sebagai berikut:

- Dalam penelitian yang dilakukan oleh Handler et al.(2006) terdapat nilai yang lebih rendah dalam kerjasama di dalam tim yang ada di *nursing home* dibandingkan rumah sakit, dikarenakan hierarki yang kaku dan aspek-aspek lingkungan tertentu yang sulit untuk melakukan perbaikan mutu.
- Masih terkait dengan perawat, dalam penelitian yang dilakukan oleh Hughes & Lapane (2006) terhadap perawat dan asisten perawat, dinyatakan bahwa dibandingkan dengan asisten perawat maka perawat lebih banyak bekerjasama sebagai tim pada saat banyak pekerjaan yang harus dilakukan dengan cepat di hampir sepanjang waktu kerjanya. Tetapi di sisi lain, lebih banyak asisten perawat yang menyatakan bahwa staf bekerja sendiri dan tidak mau menolong yang lainnya di hampir sepanjang waktu kerjanya. Terkait dengan lama kerjanya, maka staf dengan lama kerja lebih dari satu tahun lebih dapat bekerja sebagai suatu tim, serta terdapat kerjasama yang kooperatif antar sesama departemen pada saat banyak pekerjaan yang harus cepat diselesaikan, dibanding dengan staf yang baru.
- Stock et al., (2007), menyimpulkan bahwa budaya suatu kelompok/grup yang menekankan pada fleksibilitas, hubungan personal, komitmen, kerja tim, loyalitas, dan mentoring berhubungan secara positif dengan upaya-upaya KP di RS.
- Bognar et al.,(2008), dalam penelitiannya tentang budaya keselamatan di bagian bedah jantung (*pediatric cardiac surgery*) di tiga RS pendidikan di Amerika dan menilai sikap dan persepsi anggota tim terhadap KP: iklim kerja tim ditandai dengan adanya keterbukaan komunikasi, tetapi sebagian dari tim merasa tidak dapat mengekspresikan ketidaksetujuan, dan ketidaksetujuan profesional diselesaikan. Kemudian, hanya sebagian dari responden menyatakan mengikuti *briefing* sebelum bedah dilakukan, sepertiganya menyatakan *briefing* ulang dilakukan setelah terjadi kesalahan dan cedera pada pasien. Sebagian kecil saja yang menyatakan bahwa mereka mudah belajar dari kesalahan sendiri, yang kemungkinan disebabkan dari ketidaktahuan mereka alat-alat untuk menganalisis penyebab kesalahan.

- Dalam penelitian budaya KP di 5 organisasi layanan kesehatan di Canada yang dilakukan oleh Ginsburg & Tregunno (2007), kepemimpinan unit kerja dalam KP termasuk wilayah yang dinilai, khususnya terkait dengan *supervisor* dalam melaksanakan prosedur KP, kerja tim dalam mengidentifikasi, menilai suatu risiko, dan mengambil tindakan yang cepat dalam mengidentifikasi adanya kesalahan yang serius.

Setiap orang rentan untuk melakukan kesalahan, tetapi dengan kerja tim dan saling memonitor satu sama lain, memungkinkan bagi kita untuk mengurangi kesalahan personal. Tim yang sudah berkembang dengan baik, semua anggota tim akan merasa terlibat, bertanggung jawab, memberi nilai kepada semua produk yang diberikan oleh tim. Pendekatan tim juga digunakan untuk mencegah kesalahan/*error*, dimana setiap orang terlibat dalam mengumpulkan dan menganalisis data untuk menentukan masalah, merumuskan solusi, mengujinya, menerapkannya dan mengukur keluarannya/*outcome* untuk memperbaiki keselamatan pasien (Kadzielski & Giles dalam Rozovsky & Woods, 2005).

2.9.2.1 Komunikasi

Komunikasi (verbal maupun non verbal) merupakan hal yang mendasar bagi keselamatan pasien. Komunikasi seringkali merupakan penyebab, dan sumber pencegah terjadinya ancaman-ancaman bagi pasien, sehingga wilayah komunikasi utama yang harus diperhatikan adalah komunikasi dengan pasien, di antara tim pelayanan kesehatan serta antar berbagai pihak yang terjadi di dalam layanan kesehatan.

Akar penyebab terjadi kecelakaan diidentifikasi adalah kegagalan dalam berkomunikasi (Berry dalam Byers & White, 2004). Dari 6 target KP JCAHO, memperbaiki komunikasi diyakini sebagai hal yang paling sulit. Beberapa kajian yang mengindikasikan adanya kaitan antara masalah komunikasi dalam tim dengan kesalahan medis yang terjadi adalah sebagai berikut:

- Berdasarkan laporan KTD (potensial maupun aktual) dari praktisi umum di Jerman, diidentifikasi bahwa 15% dari kejadian berkaitan langsung pada komunikasi dengan petugas dan pasien atau antar tim, dan lebih dari 50%

komunikasi merupakan faktor penyumbang/kontributor. (Beyer et al. dalam Sandars & Cook, 2007).

- Pronovost (2003), menyatakan bahwa kesenjangan komunikasi di antara anggota tim adalah dasar dari kebanyakan kesalahan medis yang terjadi.
- Kegagalan profesional kesehatan untuk bekerjasama atau berkomunikasi sebagai suatu tim adalah salah satu faktor penyebab terjadinya kesalahan medis atau insiden KP lainnya (Blendon et al., 2002 dalam *Government of Ireland*, 2008).
- Dalam suatu studi lainnya tentang pasien dan anggota tim di ruang operasi (ahli bedah, perawat dan ahli anestesi), dikemukakan bahwa meskipun pasien sering sekali diadvokasi tentang *full disclosure* (apa yang telah terjadi dan bagaimana terjadinya), anggota tim justru memilih *partial disclosure* (apa yang telah terjadi tetapi tidak tahu bagaimana terjadinya) (Espin et al. 2006 dalam *Government of Ireland*, 2008).
- Sudah menjadi aturan yang umum bahwa komunikasi terkait dengan KTD harus dilakukan segera setelah ditemukan atau dideteksi (Hingorani et al, 1999; Hobgood et al., 2002, Mazor et al., 2004 dalam *Government of Ireland*, 2008).
- Masalah komunikasi yang terbuka, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan juga menjadi masalah di *nursing home* (Handler et al., 2006).
- Memberikan obat yang tepat kepada pasien yang tepat membutuhkan ketrampilan komunikasi yang sempurna (baik lisan maupun tulisan) di antara anggota tim layanan kesehatan. Cara berkomunikasi informasi obat cukup berbeda dari RS ke RS, lantai ke lantai, unit ke unit. Dari data USP's MEDMARCX program tahun 2002 (Hicks, Cousins, and Williams, 2003) dalam menelusuri laporan *error* menemukan 7 penyebab yang berbeda terkait komunikasi (komunikasi, nama merek yang mirip, nama merek dengan generik mirip, nama generik mirip, singkatan, penggunaan unit non metrik), 13% terkait dengan pemilihan komunikasi tersebut, dengan kesalahan terjadi hingga mencapai pasien sebesar 63%, komunikasi penyebab 7 dari 20 kesalahan fatal yang dilaporkan (35%) (Benjamin & Santell dalam Rozovsky & Woods, 2005).

- Di dalam cara berkomunikasi antara anggota di suatu tim, anggota tim harus mempunyai hak prerogatif untuk tidak setuju, antar mereka juga harus tahu pula berbeda pendapat secara produktif. Mempunyai rantai perintah yang jelas juga penting jika proses tim berhasil bekerja (Rozovsky & Woods, 2005)
- JCAHO pada tahun 2004 menentukan target ke-dua yang harus dicapai untuk memenuhi syarat akreditasi di organisasi layanan kesehatan, yaitu perbaikan dalam keefektifan komunikasi antar pemberi layanan, yaitu mengimplementasikan proses dalam bentuk perintah verbal atau telepon, serta standardisasi singkatan, symbol, akronim di seluruh organisasi (Rozovsky dalam Rozovsky & Woods, 2005)

Komunikasi di dalam tim pelayanan kesehatan umumnya verbal, namun dapat pula secara tertulis, seperti catatan, buku pesan atau email, atau “sms”. Suatu budaya komunikasi yang terganggu dapat berkembang, khususnya bila tim sedang mengalami stress dan terburu-buru.

2.9.2.2 Trust (Rasa Saling Percaya)

Rasa saling percaya antara manajemen dengan pekerja serta antara anggota tim merupakan salah satu syarat bagi suatu tim yang efektif. Menurut Gibson et al. (2006) manajemen harus percaya bahwa sepanjang waktu yang diberikan pegawai akan secara aktif mendukung suatu perubahan yang masif dalam tanggung jawab dan otoritas yang dilimpahkan kepada mereka. Sebaliknya, pegawai juga harus tahu dan percaya bahwa pihak manajemen serius menghendaki pegawai sebagai anggota tim untuk mengambil risiko dan menyatakan pendapatnya, serta formasi dari tim tidak sekedar hanya mekanisme baru untuk memperoleh tambahan pekerjaan baru bagi pegawai.

Pada tingkat tim, harus ada tingkat saling percaya yang tinggi di antara anggota tim, terutama terhadap integritas, karakter dan kemampuan di antara mereka. Rasa saling percaya ini memang membutuhkan waktu yang lama untuk bisa terbangun dan dapat terancam oleh satu saja tindakan ceroboh dari anggotanya. Iklim rasa saling percaya di antara anggota tim ini sangat bergantung kepada persepsi anggota tim terhadap tingkat kepercayaan manajemen kepada tim. Organisasi yang menghargai kejujuran, keterbukaan, dan proses kolaboratif

melalui keterlibatan yang tinggi dari pegawai akan lebih menstimulasi budaya saling percaya (Gibson et al., 2006).

Salah satu langkah proaktif dalam mengelola *Adverse Event*/KTD adalah menginvestigasi suatu kejadian/*event*, yang memerlukan pengumpulan informasi yang lengkap. Investigasi ini dapat diperoleh melalui *review* catatan medis dengan melibatkan staf untuk dilakukan proses wawancara. Untuk itu harus diyakinkan bahwa selama wawancara mereka akan dilindungi. Kualitas wawancara tidak hanya tergantung pada pengalaman si pewawancara, tetapi juga tingkat *trust*/saling mempercayai antara pemberi layanan kesehatan dengan bagian manajemen risiko. Dalam mempromosikan suatu hubungan yang saling mempercayai tersebut, staf yang terlibat harus diinformasikan bahwa wawancara bersifat rahasia dan semua informasi yang dipelajari tidak akan diungkapkan. Staf tersebut harus diinstruksikan agar tidak membahas kejadian tersebut di kalangan mereka secara informal, tidak memberikan catatan pribadi yang mengingatkan pada kejadian tersebut, serta tidak akan menjadi catatan/notifikasi jika mereka keluar dari institusi/RS (McConnel & Kinter dalam Rozovsky & Woods, 2005).

Dalam kaitannya dengan pelaporan KTD/AE, adanya kesenjangan dalam rasa saling percaya/*trust* dalam sistem pelaporan membawa pada ketidakpatuhan, dan mengurangi keefektifan sistem pelaporan, karena para ahli medis takut bahwa laporan akan mendorong pada penuntutan perkara hukum, tindakan disiplin serta publikasi KTD/AE (Solomon dalam Rozovsky & Woods, 2005).

2.9.2.3 Kepaduan (*Cohesiveness*)

Suatu kelompok berbeda dalam kepaduan/kekompakannya, yaitu dalam pengertian derajat ketertarikan/kedekatan/kesamaan antar anggota dalam sikap, perilaku dan kinerja, serta motivasinya untuk tetap tinggal di kelompok tersebut (Keyton & Springston, 1995, dalam Robbins, 2003; Gibson et.al, 2006). Kepaduan umumnya dinyatakan sebagai kekuatan dari keinginan anggota kelompok untuk tetap di kelompoknya dan komitmennya pada kelompok. Sehingga dalam suatu kelompok yang kohesif akan ditemukan rasa memiliki (*sense of belonging*) dan kepedulian moral anggota terhadap kelompoknya.

Menurut Cartwright & Zander dalam Gibson et.al (2006), terdapat beberapa hal yang dapat membuat seseorang tertarik dengan suatu kelompok, yaitu:

- a) Tujuan dari kelompok dan anggotanya yang cocok dan terinci jelas
- b) Kelompok tersebut mempunyai pimpinan karismatik
- c) Reputasi kelompok menunjukkan bahwa kelompok menyelesaikan tugas dengan sukses
- d) Kelompok cukup kecil sehingga memungkinkan pendapat anggotanya didengar dan dievaluasi oleh anggota yang lainnya
- e) Kedekatan anggota dilihat melalui bagaimana mereka saling mendukung dan membantu satu sama lain dalam menghadapi tantangan dan rintangan bagi pertumbuhan dan pengembangan pribadi.

Karena kepaduan kelompok yang tinggi terdiri dari individu-individu yang termotivasi untuk selalu bersama, maka terdapat kecenderungan untuk menghasilkan kinerja kelompok yang efektif. Meskipun belum ada riset yang mendukung dengan bukti-bukti ilmiah, tetapi secara umum, pada saat kepaduan meningkat, tingkat kenyamanan terhadap norma-norma aturan kelompok juga meningkat meskipun tidak selalu konsisten dengan norma organisasi. Konsep kepaduan ini penting dalam memahami kelompok dalam organisasi, karena kelompok yang kohesif tinggi dan mau menerima/setuju dengan target organisasi, maka perilaku kelompok adalah positif dilihat dari sudut organisasi (Gibson et al., 2006).

Studi-studi secara konsisten menunjukkan keterkaitan antara kepaduan dengan produktifitas, tergantung dari norma-norma kinerja yang ditetapkan kelompok. Jika norma kinerja kelompok tinggi (misalnya output yang tinggi, kualitas kerja, kerjasama dengan orang-orang di luar kelompok), kelompok yang kohesif akan lebih produktif dibanding kelompok yang kurang kohesif. Jika kohesif tinggi dan norma kinerja rendah, maka produktifitas akan rendah. Jika kohesif rendah dan norma kinerja tinggi, produktifitas meningkat, tetapi tidak setinggi pada kelompok dengan situasi kohesif dan norma yang tinggi. Jika kepaduan maupun norma kinerjanya rendah maka tingkat produktifitasnya akan cenderung rendah hingga moderat (Robbins, 2003).

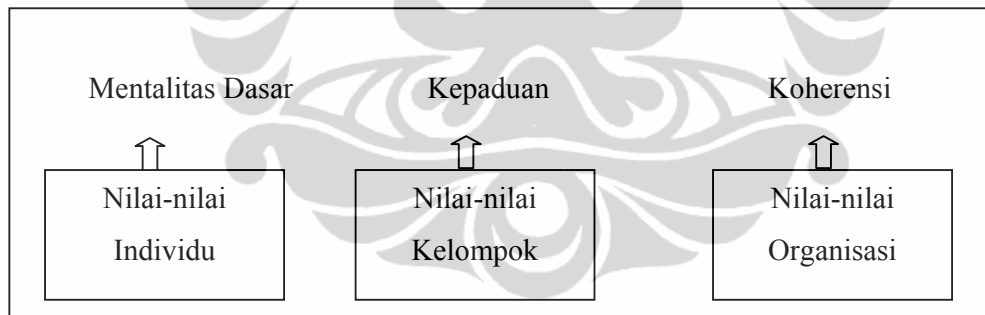
Kepaduan ini dapat pula diperoleh melalui beberapa aspek, yaitu: 1) Meningkatkan waktu kebersamaan anggota kelompok, 2) Membentuk kelompok yang lebih kecil, yang memungkinkan tingginya interaksi di antara anggota, 3) Meningkatkan status kelompok dan tingkat kesulitan yang dirasakan untuk menjadi anggota kelompok (misalnya kemampuannya dalam menghadapi ancaman eksternal), 4) Mendorong kompetisi antar kelompok, 6) Memberikan *reward* lebih kepada kelompok daripada individu, 7) Mengisolasi kelompok secara fisik (Evans & Dion, 1991 dalam Robbins, 2003).

2.9.3 Faktor Individual

Dalam buku *Culture Based Leadership* (Tjahjono, 2010), nilai-nilai diri (individual) adalah hakikat, esensi tentang siapa diri kita sebagai *human being*, yang akan dibangun tiap hari dan mempengaruhi bagaimana kita memilih setiap keputusan dan gerak kehidupan yang dibuat dan akan selaras dengan masa depan yang ingin kita harapkan. Organisasi atau perusahaan yang berbasiskan nilai (*values driven companies*) menjadikan nilai-nilai diri sebagai preferensi pengambilan keputusan, sehingga menjadikan organisasi tersebut lebih luwes dan fleksibel, tidak terlalu birokratis, serta memiliki kapasitas yang tinggi untuk melakukan tindakan/perilaku kolektif. Jika nilai-nilai menentukan perilaku, maka menjadi penting bagi kita untuk mengevaluasi nilai-nilai diri kita, bahkan merevitalisasinya jika hanya menghasilkan sesuatu yang tidak produktif atau tidak baik atau bahkan membahayakan. Revitalisasi nilai-nilai pada gilirannya akan mempengaruhi sikap, norma perilaku, gaya manajemen serta sistem.

Ada beragam contoh nilai-nilai diri seperti kejujuran, integritas, keberanian, ketekunan, keterbukaan, kebaikan, pembelajaran, kedisiplinan, inovasi, kreatif, keamanan, dsb. Kita temukan pula di berbagai referensi yang memberikan contoh organisasi atau perusahaan yang berprestasi dan berhasil, diakui dan dipandang sebagai hasil dari nilai-nilai para pendiri dan karyawan yang mempunyai nilai-nilai diri seperti disebutkan di atas, bahkan dijadikan (*major competitive advantage*). Keberadaan pribadi seutuhnya yang dikelola oleh dirinya sendiri merupakan kontributor utama bagi terciptanya kinerja prima dan kebahagiaan (Warsono dalam Moeljono & Sudjarmiko, 2007).

Penyelarasan nilai-nilai individu/karyawan kemudian dilakukan untuk melihat kesesuaian dengan budaya organisasi saat ini, maupun budaya organisasi yang diharapkan atau yang akan dibentuk. Nilai-nilai individu akan membawa tata nilai sendiri yang bisa berasal dari keluarga, lingkungan masyarakat atau organisasi/perusahaan sebelumnya dimana mereka bekerja. Kemudian melewati pula penyelarasan dengan nilai-nilai kelompok (tim, bagian, departemen) dimana individu bekerja. Pada tahapan selanjutnya, tidak mudah untuk menyelaraskan nilai-nilai diri dengan nilai-nilai organisasi. Dari pengalaman, hanya 20% yang bersedia dan mampu menyelaraskan, dan jika pihak manajemen yang meminta mereka menyelaraskan nilai-nilai yang diharapkan atau akan dibentuk, maka kemungkinan persentasinya lebih rendah lagi (Tjahjono, 2010). Di tahap ini, perlu melakukan pemetaan dan pengukuran terhadap budaya di masing-masing pihak (individu, kelompok/tim, manajemen, organisasi), sehingga diketahui atau dapat didiagnosis bentuk, model dan jenis budaya yang ada dan berkembang saat ini. Secara skematis tahapan penyelarasan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.10 Proses Penyelarasan

Sumber: Tjahjono, 2010

Dari beberapa penelitian terkait dengan tidak adanya budaya KP di tingkat individu (“respons yang bermasalah”/ *problematic respons*) ternyata sangat bervariasi. Misalnya, diketahui bahwa respons yang bermasalah lebih banyak terdapat pada tenaga medis, khususnya perawat, dibanding tenaga non medis (Singer et al., 2003), penelitian lainnya menunjukkan dokter kurang peduli terhadap upaya-upaya KP dibandingkan perawat (Pronovost et al., 2003).

Demikian juga pegawai di garis depan/*frontline* lebih banyak memberikan respons yang bermasalah dibanding manajer senior. Dalam penelitian tersebut, dikemukakan pula respons bermasalah berkisar antara 4% s/d 52%, dimana hampir 33% responden menyatakan mereka tidak diberi penghargaan jika mereka melakukan tindakan yang cepat untuk mengidentifikasi adanya kesalahan yang serius, dan 28% yakin mereka akan terkena disiplin jika kesalahan mereka diketahui (Singer et al., 2003).

2.9.3.1 Penilaian Kompetensi Diri

Dalam penerapan sistem manajemen yang berdasarkan model *Competency-Based Human Asset*, kompetensi seseorang dinilai dari sudut *hard* (pengetahuan dan keahlian) dan *soft* (perilaku, motivasi, talenta) (Warsono dalam Moelyono & Soedajtmiko, 2007). Kompetensi adalah suatu kondisi nyata yang mencakup kualitas dan kemampuan seseorang yang dirasakan penting bagi peran atau tugas tertentu. Kompetensi dalam layanan kesehatan telah dipandang sebagai hal yang sangat berarti karena kompetensi dapat menggambarkan suatu metode untuk mengidentifikasi karakteristik pemberi layanan, yang dapat memprediksi atau menyumbangkan kinerja kerja yang sukses dan sekaligus *outcome* yang positif bagi pasien (Dochterman & Grace, 2001 dikutip oleh Miller & Brunell dalam Byers & White, 2004).

Sebagai contoh untuk layanan keperawatan, kompetensi menjadi komponen penting bagi perawat yang profesional. Seorang perawat harus selalu memperbaharui/*update* pengetahuan dan ketrampilannya, kemampuan teknis, berpikir kritis dan ketrampilan hubungan interpersonal, dalam lapangan yang selalu berubah (Hamilton, 1996 dikutip oleh Miller & Brunell dalam Byers & White, 2004). Kompetensi juga mengembangkan budaya kerja yang positif, karena keyakinan akan kompetensi rekan kerja akan meningkatkan kerja tim/*teamwork*.

Ada beberapa cara untuk meningkatkan kompetensi menurut Kramer & Schamalenberg, 2002 (dikutip oleh Byers & White, 2004), diantaranya adalah:

- Mendorong pendidikan lanjutan, termasuk sertifikasi

- Membangun nilai pendidikan lanjutan dan sertifikasi ke dalam budaya organisasi dalam bentuk penghargaan, rekognisi, dan struktur gaji.

Beberapa penelitian terkait dengan kompetensi petugas kesehatan di antaranya adalah:

- Pada tahun 2005, studi yang dilakukan oleh VitalSmart menyimpulkan bahwa 53 % petugas medis lainnya menyatakan kekhawatirannya terhadap kompetensi rekan kerjanya dimana mereka bekerja
- 81% dokter menyatakan kekhawatiran terhadap kompetensi perawat dan petugas medis lainnya.

2.9.3.2 Penilaian Risiko

Adalah hal yang penting untuk memahami istilah risiko. Dalam kamus Webster, risiko didefinisikan sebagai peluang terjadinya kerugian atau kecelakaan. Untuk memperbaiki keselamatan pasien, pelayanan kesehatan telah mengambil konsep-konsep yang ditemukan di dalam *engineering* dalam hal komitmennya untuk menggunakan teknik-teknik dalam menilai risiko. Hal tersebut dapat membantu organisasi pelayanan kesehatan untuk mengidentifikasi proses-proses yang mudah terjadi *error* dan mengembangkan solusi-solusi sebelum terjadinya kejadian tak diinginkan/ *adverse events* (KTD/AE). Alasan yang mendasar bahwa organisasi layanan kesehatan penting untuk mengidentifikasi dan melihat potensi-potensi kegagalan (kerugian atau kecelakaan) sebelum terjadi adalah bahwa hal tersebut secara dramatis mengurangi risiko terjadinya KTD dan meningkatkan kinerja, yang ditampilkan dalam bentuk menurunnya kemungkinan cedera dan meningkatkan keselamatan pasien (JCI, 2006).

Penilaian risiko yang bersifat proaktif mencakup suatu pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi bagaimana suatu proses dapat gagal, mengapa bisa gagal, dan bagaimana untuk membuatnya lebih aman. Kesalahan-kesalahan potensial harus diidentifikasi sebelum terjadi. Lebih jauh lagi, semua komponen (staf maupun sistem) perlu difokuskan pada pengurangan risiko, meskipun memerlukan waktu yang lama (JCI, 2006). Organisasi/RS harus selalu menilai proses-proses yang ada (yang berisiko tinggi atau yang lainnya), merancang

kembali proses yang ada, serta merancang kembali proses baru yang berpotensi gagal.

Menurut JCI (2006), ada 10 langkah yang harus dilakukan oleh organisasi dalam mencegah terjadi IKP/AE, yaitu:

- Menentukan proses-proses berisiko tinggi untuk dianalisis
- Menggambarkan proses tahap demi tahap
- Mengidentifikasi cara-cara dimana tahap-tahap proses bisa gagal
- Mengidentifikasi dampak yang mungkin terjadi kepada pasien akibat kegagalan tersebut dan keseriusan dampaknya
- Menentukan kegagalan potensial mana saja yang menjadi prioritas tertinggi untuk dilakukan analisis dan tindakan lebih lanjut
- Menentukan mengapa tahapan proses yang berisiko tertinggi itu terjadi, dengan RCA (*Root Cause Analysis*)
- Merancang ulang proses atau sistem yang bermasalah untuk meminimalkan risiko kegagalan atau untuk melindungi pasien dari dampak kegagalan
- Menguji dan mengimplementasikan proses hasil rancang ulang
- Mempertahankan keefektifan proses tersebut dari waktu ke waktu.

2.9.3.3 Kepatuhan (Kp)

Kepatuhan dan partisipasi individu menggambarkan kinerja individu dalam memelihara keselamatan di lingkungan kerjanya (Neal & Griffin, 2002). Kepatuhan yang dimaksud adalah kepatuhan terhadap prosedur standard keamanan serta menggunakan alat pelindung diri saat bekerja, yang merupakan bagian dari perilaku keselamatan individu serta menggambarkan kinerja individu dalam memelihara keselamatan di lingkungan kerjanya (Neal & Griffin, 2002). Kepatuhan ini dipengaruhi oleh faktor-faktor pengetahuan, ketrampilan dan motivasi individu (Campbell et al., 1996 dalam Neal & Griffin, 2002).

Prosedur dan aturan atau kebijakan merupakan aspek yang diperhitungkan dalam mengukur dimensi budaya/iklim KP di tingkat organisasi (Naveh (2005); Matsubara (2008); Colla (2005); Currie (2007)). Prosedur dan aturan sangat diperlukan terutama dalam beberapa pelayanan yang berisiko tinggi seperti di RS.

Bahkan, sudah diketahui bahwa kurangnya perhatian terhadap prosedur adalah salah satu bagian dari faktor organisasi yang menyebabkan suatu kesalahan menjadi KTD (Johson & Hudson, 2004, dalam Yassi & Hancock, 2005), serta memiliki kebijakan dan prosedur keselamatan yang sesuai adalah upaya yang kritis untuk menciptakan organisasi yang lebih aman (Flemons et al., 2005). Para tenaga medis dapat mengurangi potensi kecelakaan medis dan mencegah cedera pasien dengan mematuhi kebijakan-kebijakan praktek dan dengan melaksanakan prosedur (Magnusson dalam Youngberg, 2004).

Potensi kesalahan dalam beberapa layanan kesehatan muncul dari aturan yang tidak jelas, misalnya aturan penulisan obat, aturan menahan pasien, dsb. Selain itu, dalam pembuatan prosedur dan aturan, maka penerapan yang konsisten terhadap prosedur dan aturan sangat penting. Penerimaan dan penggunaan aturan dan prosedur sangat tergantung pada sejauh mana seluruh staf RS, medis maupun non medis, dilibatkan dan diberi pengetahuan atau ilmu dibalik pembuatan aturan dan kebijakan tersebut.

Hal yang penting dalam implementasi KP terkait dengan aturan adalah adanya kebijakan organisasi yang mendefinisikan komitmen organisasi terhadap KP, dan mengartikulasikan bagaimana staf didukung penuh untuk melaporkan semua KNC, KTD dan ancaman/bahaya (*safety hazards*) (Budrevics & O'Neill, 2005). Dengan adanya kebijakan ini, staf tidak merasa takut dihukum untuk menyampaikan pengalaman mereka terkait dengan KNC, KTD, dan ancaman/bahaya pada saat dilakukan forum diskusi di antara mereka maupun dengan pihak manajemen.

Terkait dengan aturan dan prosedur KP yang ada di Indonesia, KARS (Komisi Akreditasi RS) Departemen Kesehatan (Depkes) RI sudah mengeluarkan standard KP RS serta Pedoman Pelaporan Insiden KP, yang menjadi syarat bagi akreditasi RS di Indonesia sejak tahun 2007. Pedoman pelaporan insiden KP sendiri telah diterbitkan dan disosialisasikan sejak tahun 2007.

2.9.3.4 Pembelajar (Pb)

Salah satu komponen yang dinilai penting dalam budaya keselamatan adalah organisasi pembelajar (*learning organization*), yang menekankan pada

respon terhadap fokus-fokus masalah untuk memperbaiki kinerja sistem dibanding kesalahan perorangan (Singer et al., 2003; Kirk et al., 2009; Handler et al., 2006). Pembentukan organisasi pembelajar harus didukung oleh para manusia pembelajar (Susanto et al., 2008). Proses pembelajaran, khususnya terkait KP, tidak hanya berjalan searah dari staf yang lama atau senior kepada staf yang baru atau junior, tetapi juga sebaliknya, terutama dalam memandang masalah-masalah KP dalam perspektif yang berbeda dan dapat menangkap gagasan yang segar atau inovatif yang mungkin terungkap. Suatu budaya keselamatan yang efektif diantaranya memiliki ciri yaitu melihat kesalahan sebagai peluang pembelajaran, serta memotivasi setiap individu untuk mendiskusikan pengalaman mereka dalam hal tersebut (NHS Scotland, 2007).

Di dalam organisasi pembelajar, tidak ada yang disebut dengan “cara yang benar,” setiap permasalahan dipandang sebagai peluang bagi pembelajaran dan perbaikan. Tantangan yang dihadapi para staf adalah mengungkap permasalahan serta mengimplementasikan solusi yang diperlukan (Susanto et al., 2008). Budaya pembelajar yang kuat (baik untuk pimpinan maupun staf) mempunyai ciri-ciri berikut (Schein, 2004, dalam Susanto et al., 2008):

- a) Asumsi proaktivitas, bahwa cara paling sesuai bagi manusia untuk berperilaku dalam hubungan dengan lingkungannya adalah pemecah masalah (*problem solver*) dan pembelajar proaktif.
- b) Komitmen untuk pembelajaran, bahwa anggota organisasi harus memiliki asumsi bersama bahwa pembelajaran adalah hal yang baik dan merupakan bentuk investasi yang sangat berharga dan bahwa belajar untuk belajar (*learning to learn*) itu sendiri merupakan ketrampilan yang harus dikuasai.
- c) Asumsi positif mengenai sifat manusia, bahwa pada dasarnya manusia itu baik, bisa dan akan belajar manakala mereka diberikan sumberdaya dan keamanan psikologis yang diperlukan.
- d) Asumsi bahwa lingkungan dapat didominasi, bahwa lingkungan sampai tahap tertentu bersifat *manageable*.
- e) Komitmen kepada kebenaran melalui pragmatisme dan penyelidikan (*inquiry*), bahwa solusi terhadap suatu masalah diperoleh dari keyakinan

yang dalam kepada penyelidikan dan pencarian pragmatis kepada kebenaran.

- f) Orientasi masa depan, bahwa orientasi waktu yang optimal bagi pembelajaran kelihatannya berada antar *near future*, yaitu waktu yang tidak terlalu lama lagi (untuk menilai apakah solusi yang diterapkan untuk mengatasi suatu masalah berjalan efektif), dengan *far future*, waktu yang masih lama (guna menilai konsekuensi sistemik dari arah tindakan-tindakan yang berbeda).

Khususnya, dalam standar KP RS maupun “7 langkah menuju KP” di Indonesia, terdapat pula komponen terkait dengan budaya pembelajar ini, yaitu “mendidik staf tentang KP” serta “belajar dan berbagi pengalaman tentang KP.” Dengan penjelasan bahwa, jika insiden KP terjadi, bukanlah fokus pada “siapa yang salah”, tetapi mengapa hal itu terjadi, serta belajar dilakukan secara sistemik. Karakteristik pembelajar dapat dilihat pula dari partisipasinya secara sukarela dalam kegiatan-kegiatan keselamatan, diantaranya dengan menghadiri pertemuan-pertemuan terkait dengan keselamatan.

Terkait dengan kepemimpinan dan kerjasama tim, maka menurut Goh (1998) yang dikutip oleh Suryani (2002), gaya kepemimpinan yang mendorong pegawai untuk mengambil risiko atas perhitungan yang matang, trampil memfasilitasi perubahan, serta mampu memberikan umpan balik kepada karyawan dan tim supaya mereka mampu mengidentifikasi masalah dan peluang, merupakan faktor yang penting dalam mengembangkan pegawai dalam orientasi belajar. Demikian juga melalui kerja tim, pegawai akan belajar menggunakan ketrampilan dan pengetahuan secara kolektif dalam menghadapi berbagai masalah baru. Kerja sama antar fungsi dalam setiap kesempatan diperlukan untuk berlangsungnya orientasi belajar.

Adapun dari sisi organisasi maka orientasi belajar para pegawai akan berkembang baik di dalam suatu organisasi yang menekankan pembelajaran dalam organisasi. Nilai-nilai yang dianut dalam pembelajaran melalui organisasi akan mempengaruhi apakah organisasi mempertahankan budaya belajar atau tidak (Sinkula, Baker, dan Noordeweir, 1997, yang dikutip oleh Suryani, 2002). Organisasi yang menempatkan nilai yang tinggi terhadap belajar akan memiliki

komitmen yang kuat untuk belajar dari semua anggota organisasi termasuk pihak manajemen.

2.9.3.5 Prioritas Keselamatan

Keselamatan dinilai sebagai prioritas utama, meskipun dengan mengorbankan produksi atau efisiensi; staf dihargai untuk bertindak pada sisi keselamatan meskipun mereka melakukan kesalahan. Tindakan tidak aman/*unsafe* yang jarang terjadi menggantikan tingkat produksi yang tinggi (Singer et al., 2009). Terkadang tenaga medis mempertimbangkan tentang lamanya waktu untuk terlibat dalam upaya-upaya yang terkait dengan keselamatan sehingga tingkat produktifitas mereka terganggu, padahal fakta yang seharusnya terjadi adalah hal tersebut seharusnya menjadi prioritas utama, harus menjadi bagian dari pelayanan kesehatan yang diberikan.

Cara yang paling efektif dalam program yang bertujuan mengurangi terjadinya *error* adalah dibantu melalui inisiatif KP di tingkat organisasi. KP tidak hanya berperan dalam perbaikan mutu layanan kesehatan yang diberikan, tetapi juga memperbaiki keseluruhan kinerja organisasi melalui pengembangan efisiensi-efisiensi dalam lingkup operasionalnya. Jadi, jika dikaitkan dengan prinsip-prinsip ekonomi yang berdasarkan prioritas pada pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien, pegawai atau pengunjung, maka sistem layanan kesehatan yang lebih aman adalah sesuatu yang lebih menghasilkan produktifitas. Selain dari ukuran-ukuran ekonomi yang bisa dihitung akibat terjadinya *error*, maka ukuran kerugian secara psikologis yang juga terjadi tidak hanya melahirkan budaya yang merusak dan lingkungan kerja yang tidak nyaman, tetapi juga mempengaruhi keseluruhan produktifitas organisasi (Gavin & Saltonstall dalam Youngberg & Hatlie, 2004).

Terkait dengan manfaat prioritas keselamatan yang dilakukan dibandingkan dengan ukuran-ukuran yang sifatnya pada perhitungan biaya yang harus dikeluarkan, maka pegawai RS atau pelayanan kesehatan lainnya harus memahami dampak dari praktik-praktik layanan kesehatan yang aman terhadap produktifitas organisasi, budaya organisasi, outcome bagi pasien dan reputasi mutu atau kepercayaan yang muncul di masyarakat, serta viabilitas di masa

mendatang. Informasi-informasi ini penting karena akan membantu pegawai untuk memonitor bagaimana gambaran ROI (*Return of Investment*) yang diperoleh dalam upaya KP organisasi.

KP haruslah menjadi fokus bagi setiap pegawai di RS, baik itu di bagian farmasi, keperawatan, dokter, dsb. Masing-masing dilakukan melalui pembelajaran dan pengembangan diri dalam menghasilkan layanan kesehatan yang lebih aman, terutama dalam mengubah budaya KP ke arah yang lebih baik. Hal ini bisa dilakukan meskipun tanpa anggaran, tetapi antusiasme (Donchin dalam Youngberg & Hatlie, 2004). Secara perlahan, pegawai akan merasakan dampaknya dari upaya KP yang dilakukan melalui dukungan semua pegawai, terutama yang bekerja di garis depan pelayanan kesehatan.

2.9.4 Variabel Dependen : Faktor Iklim Keselamatan RS

2.9.4.1 Komitmen Manajemen (Km)

Berdasarkan riset-riset yang berkembang di organisasi-organisasi berisiko tinggi, termasuk di dalamnya rumah sakit, pemahaman untuk terjadinya suatu kesalahan menjadi lebih kaya. Misalnya dalam teori sistem terkait dengan kesalahan, maka dinyatakan bahwa banyak kesalahan terjadi bukan dikarenakan kecerobohan atau ketidak-kompetenan, tetapi pada kondisi-kondisi dalam sistem yang menciptakan kemudahan untuk terjadinya kesalahan di lingkungan kerja. Kesalahan dilihat sebagai gejala atau akibat dari kondisi-kondisi laten yang umumnya berasal atau mulai di tingkat organisasi dibanding dengan kondisi operasional di garis terdepan pelayanan.

Tipikal kondisi-kondisi laten di tingkat organisasi yang menjadi penyebab kesalahan adalah kelemahan dalam fungsi-fungsi organisasional, seperti mengembangkan kebijakan dan prosedur, pembuatan anggaran, kepegawaian/*staffing*, perawatan sarana-prasarana, dan manajemen proses. Kondisi-kondisi laten ini dapat menciptakan lingkungan kerja yang akan memperburuk kekeliruan manusia dan menciptakan stress batas kinerja manusia. Menurut HSE (1999), yang dikutip oleh Flin (2009), faktor-faktor organisasi yang terkait dengan budaya/iklim keselamatan adalah :

- a. Komitmen manajemen : mencakup proporsi sumberdaya (waktu, uang dan orang) dan dukungan yang dialokasikan kepada manajemen kesehatan dan keselamatan dan status yang diberikan untuk kesehatan dan keselamatan.
- b. Gaya manajemen
- c. *Visible management*
- d. Komunikasi yang baik di antara semua level pekerja (tindakan manajemen)
- e. Keseimbangan antara keselamatan dan kesehatan dengan target-target produksi (prioritas manajemen)

Salah satu kunci perbaikan mutu adalah pengenalan terhadap perubahan-perubahan organisasional yang berfokus pada budaya KP. Perubahan budaya yang mendasar diperlukan untuk meyakinkan inovasi-inovasi dalam memperbaiki KP, seperti komputerasi sistem-sistem tertentu, dapat terealisasi (Handler et al., 2006).

Memprioritaskan KP dibanding produksi misalnya adalah petunjuk yang mendasar bagi staf medis maupun non medis bagi keseriusan dukungan atau komitmen organisasi terhadap upaya KP. Dukungan berupa memprioritaskan KP atau seberapa serius tanggung jawabnya menangani isu-isu KP ini dikemukakan oleh Currie (2007), Kirk (2007), Cooper (2008), Singer (2009), Gershon (2000), Naveh (2005), Sorra & Nieva (2004), dan mungkin masih banyak lagi, sebagai ukuran dalam membentuk dimensi budaya/iklim KP. Tanpa dukungan manajemen puncak yang kontinyu dalam mengedepankan KP, maka perubahan atau pergeseran yang mendasar dalam perilaku organisasi, dalam kerja, dalam sistem, dan dalam hubungan dengan kepercayaan yang tinggi akan menjadi minimal (Knox & Simpson dalam Youngberg, 2004).

Dukungan organisasi yang diberikan dapat berupa: selalu memberikan informasi dan pengetahuan tentang pentingnya prinsip-prinsip dalam KP yang dilanjutkan dengan memberikan pendidikan tentang hal tersebut kepada pegawai. Dukungan terhadap prinsip-prinsip KP seperti cara berfikir *Swiss Cheese*, konsep ketajaman pikiran dan keterus-terangan (*sharp end/blunt end*), dsb, haruslah tampil sepanjang waktu (terutama pada waktu-waktu sulit dimana kecelakaan yang tidak dapat dihindari terjadi). Strategi-strategi yang memperlihatkan

dukungan organisasi untuk KP termasuk di antaranya adalah sebagai berikut (Knox & Simpson dalam Youngberg 2004):

- a) Menetapkan target-target KP di dalam rencana unit kerja dan departemen.
- b) Mengintegrasikan KP ke dalam program-program insentif manajemen dan staf.
- c) Menyatakan KP dan pengurangan kecelakaan medis sebagai dasar dari mutu.
- d) Melakukan *walking rounds* (kunjungan rutin berkeliling) dan menghapus jalur/*link* yang lemah di dalam sistem saat diketahui keberadaannya.
- e) Meyakinkan bahwa tidak adanya toleransi (*zero tolerance*) untuk pelanggaran prosedural baik dengan sengaja maupun karena lalai, adalah sangat mendasar bagi operasional organisasi.
- f) Memberikan penghargaan terhadap upaya peningkatan pelaporan identifikasi *hazard* dan kerumitan atau kelemahan sistem yang tidak diperlukan, kemudian menghapusnya pada saat ditemukan.
- g) Menciptakan siklus pelaporan yang bersifat *blameless* sehingga semua tetap mendapat informasi tentang isu-isu KP
- h) Mendorong dialog yang nyata dan terus menerus tentang KP dan *lesson learned* (apa saja yang dapat dipelajari) dari kecelakaan-kecelakaan medis.

Faktor sumberdaya- yang meliputi indikator-indikator sarana, manusia (SDM) dan anggaran- merupakan salah satu faktor yang dinilai dalam membentuk budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan yang kuat memerlukan komitmen organisasi dalam menyediakan sumberdaya, insentif dan penghargaan yang diperlukan untuk mempromosikan dan memperbaiki keselamatan (Katz-Navon et al., 2005, dalam Mc Fadden et al., 2006). Faktor sumberdaya ini teridentifikasi dalam dimensi organisasi untuk budaya KP (Singer, et al, 2009; Currie (2007); Matsubara (2008); Gershon (2000); Sorra & Nieva (2004)).

Komitmen yang nyata dari organisasi mencakup upaya organisasi dalam menyediakan sumberdaya manusia dan finansial yang adekuat dalam upaya yang berkelanjutan terkait dengan penjaminan mutu dan pengurangan risiko masalah-masalah pelayanan kesehatan. Beberapa contoh hasil studi terkait dengan sumberdaya ini diantaranya adalah: pelatihan dan rekrutmen SDM selalu

dikaitkan dengan KP (Apsden et al, 2004); sumberdaya, insentif dan *rewards* yang diperlukan, disediakan oleh organisasi agar memudahkan komitmen KP terjadi (Singer et al, 2003); penyebab paling banyak terjadinya kesalahan medis atau insiden KP adalah kekurangan tenaga/*understaffing* perawat (Blendon et al., 2002, dalam *Government of Ireland*, 2007), serta jika terdapat beban kerja yang berlebihan dan kurangnya staf untuk tugas-tugas tertentu (Johnson & Hudson, 2004, dalam Yassi & Hancock, 2005).

Dalam kaitannya dengan finansial, untuk organisasi dengan kondisi keuangan yang lemah dan dengan modal/kapital yang juga kurang, upaya-upaya memperbaiki KP biasanya harus menghasilkan pengurangan biaya yang nyata tingginya dan dalam waktu yang singkat, atau meningkatkan pendapatan jika upaya tersebut dilakukan (Miller & Bovbjerg, 2002). Adapun terkait dengan sarana, terdapat perbedaan bermakna antara fasilitas layanan di tempat yang tingkat kecelakaan stafnya tinggi dengan tempat dimana tingkat kecelakaan stafnya rendah (Yassi et al., 2004, dalam Yassi & Hancock, 2005). Staf dengan tingkat kecelakaan fasilitas kerja yang tinggi dilaporkan lebih sering sakit, kehabisan tenaga, kesehatannya kurang baik dan kurang merasa puas dalam bekerja. Berbeda dengan staf dengan kecelakaan fasilitas kerja yang rendah, mereka bisa memberikan pelayanan dengan mutu yang baik dan bahkan sempurna.

2.9.4.2 Pemberdayaan Pegawai (Pp)

Pada tingkat organisasi, untuk monitoring dan menjamin mutu layanan serta mengubah kondisi-kondisi untuk meningkatkan partisipasi pemberi layanan kesehatan,seringkali organisasi yankes (pelayanan kesehatan) melakukan pelatihan bagi staf untuk memperbaiki pengetahuan dan kecerdasan dalam inovasi dan kompetensi di bidang klinis. Beberapa pelatihan yang disarankan tersebut mencakup: kompetensi bagi praktisi, standard-standard umum, dsb. Hal ini berlaku bagi semua pegawai, terutama pegawai yang baru, kontrak maupun tenaga sukarela. Mereka perlu mendapatkan orientasi terhadap organisasi, tanggung jawab pekerjaannya serta penugasan khususnya, termasuk di dalamnya tentang keselamatan pasien.

Terkait dengan kebijakan-kebijakan baru atau prosedur-prosedur tentang keselamatan pasien yang akan diterapkan tentunya bagi semua pegawai, seperti sistem pelaporan insiden KP, maka keterlibatan pegawai sangat menentukan agar perubahan tidak hanya bersifat transaksional, yang tidak membuat perubahan bentuk dasar organisasi. Kebijakan atau prosedur yang dibuat dengan tidak mengancam nilai-nilai dan asumsi dasar yang dipegang oleh pegawai, maka kebijakan dan prosedur bisa saja diterima, tetapi tidak diterima dengan antusias (Behal dalam Youngberg & Hatlie, 2004).

Pemberdayaan pegawai yang terkait dengan KP di sini adalah sejauh mana pegawai menjaga akuntabilitas KP, yaitu melalui partisipasi aktif dalam pertemuan-pertemuan tentang KP serta keterlibatannya dalam proses pengambilan keputusan tentang KP (modifikasi dari Hsu et al., 2006). Peran manajemen dalam melakukan pertemuan rutin (*walk around*) diharapkan didorong dari partisipasi aktif yang bersifat *bottom-up*, yang secara periodik melibatkan pegawai untuk mengevaluasi kinerja KP pegawai. Hal ini dilakukan untuk mengefektifkan upaya dalam mengambil keputusan atau menemukan solusi dalam rangka mempersempit gap antara kinerja yang terjadi dan *self-efficacy*.

Pada dasarnya, menurut Lee & Harrison (2000) yang dikutip oleh Choudhry et al. (2007), sistem keamanan apa pun adalah sistem sosial, yang sama sekali menyandarkan pada pegawai yang mengoperasionalkannya. Kesuksesannya tergantung pada tiga hal: lingkupnya, pengetahuan pegawai tentang hal tersebut, serta komitmen mereka untuk membuat sistem keselamatan itu bekerja. Untuk suatu budaya keselamatan yang positif, keterlibatan pegawai, rasa memiliki dan komitmennya dalam upaya keselamatan adalah hal yang sangat diperlukan. Secara khusus dinyatakan bahwa pemberdayaan pegawai dapat mengembangkan harga diri, rasa memiliki dan nilai. Pegawai tidak hanya bertanggung jawab pada keselamatan dirinya, tetapi juga keselamatan rekan kerjanya, dan budaya organisasi mendukung mereka bertindak sesuai tanggung jawabnya.

Pegawai harus terlibat dalam pelatihan, konsultasi dan pertemuan lainnya terkait dengan isu-isu keselamatan. Hasil penelitian Choudhry (2002) menunjukkan bahwa baik komitmen manajemen maupun dukungan pegawai

adalah hal yang kritis untuk suksesnya perubahan yang diinginkan (Choudhry et al., 2007).

2.9.4.3 Sistem Pelaporan (Sp)

Langkah pertama dalam mengidentifikasi suatu kesalahan memerlukan adanya proses pelaporan, sehingga dari laporan tersebut organisasi memahami penyebab dari suatu insiden KP dan kemudian mentranslasikannya ke dalam tindakan-tindakan perbaikan. Suksesnya sistem pelaporan berkaitan langsung dengan adanya rasa saling percaya antara pemberi layanan dengan pimpinan eksekutif/manajemen senior di dalam organisasi pelayanan kesehatan. Jika pemberi layanan dilindungi untuk mau mengidentifikasi kerentanan sistem yang ada, maka pimpinan harus mau mendengarkan dan kemudian melakukan perubahan-perubahan secara terus menerus (Berry dalam Byers & White, 2004).

Institute of Medicine (IOM) dalam kaitannya dengan pelaporan kegagalan medis merekomendasikan bahwa organisasi yankes harus mengimplementasikan mekanisme-mekanisme dalam memberikan umpan-balik dan belajar dari kegagalan (Kohn, Corrigan & Donaldson 2000). Para peneliti menunjukkan bagaimana ukuran-ukuran yang akuntabel dapat mengurangi ketidakinginan pemberi layanan kesehatan di garis depan untuk menyingkap masalah-masalah yang potensial dan kegagalan medis, yang merupakan informasi penting bagi suatu pembelajaran. Hal mana ini disebut sebagai lingkungan yang “tanpa hukuman” atau “budaya apa adanya/ *just culture*” di dalam rumah sakit (Kohn et al., 2000; Marx, 2001, 2003, dikutip oleh Tamuz et al., 2008, dalam Savage & Ford, 2008).

Adapun tujuan pelaporan insiden KP, berdasarkan Pedoman Pelaporan Insiden KP (2007), adalah sebagai berikut:

a) Tujuan Umum:

Menurunnya Insiden KP (KTD dan KNC) dan meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien

b) Tujuan Khusus:

1) Rumah Sakit (Internal):

- a) Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit
 - b) Diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah
 - c) Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien
- 2) KKP-RS (Eksternal):
- a) Diperolehnya data/peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD dan KNC)
 - b) Diperolehnya pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain
 - c) Ditetapkannya langkah – langkah praktis Keselamatan Pasien untuk rumah sakit di Indonesia

Selanjutnya, dalam panduan tersebut juga disampaikan beberapa hal yang penting terkait dengan pelaporan insiden KP :

- *Mengapa penting pelaporan insiden?*
 - o Karena pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- *Bagaimana memulainya?*
 - o Dibuat suatu sistem pelaporan insiden di RS meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan, dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan
- *Apa yang harus dilaporkan?*
 - o Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi
- *Siapa yang membuat laporan insiden?*
 - o Siapa saja atau semua staf RS yang pertama menemukan kejadian
 - o Siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian
- *Masalah yang dihadapi dalam laporan insiden*
 - o Laporan dipersepsikan sebagai ”pekerjaan perawat”
 - o Laporan sering disembunyikan/*underreport*, karena takut disalahkan
 - o Laporan sering terlambat

- Bentuk laporan miskin data karena adanya budaya *blame culture*
- *Bagaimana cara membuat laporan insiden (incident report)*
 - Karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisis laporan.

Mengingat pentingnya pelaporan insiden KP ini untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, maka jika masih terdapat budaya dimana staf dihukum jika terjadi kesalahan dan si pasien merasa terancam, dapat dijamin jumlah dan jenis laporan tidak akan muncul dalam aktivitas organisasi. Budaya menghukum cenderung mendorong pelaporan kesalahan menjadi tersembunyi karena ketakutan terhadap hukuman, dan manajer atau pimpinan tidak akan mengetahui tingkat kesalahan yang sebenarnya terjadi (Larson, 2000, dikutip oleh Berry dalam Byers & White, 2004). Staf harus merasa aman untuk melaporkan suatu insiden KP dan mereka harus dilindungi dari potensi ramifikasi yang negatif.

Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Hughes & Lapane (2006) terkait dengan pelaporan kesalahan, terhadap perawat dan asisten perawat di Ohio, Amerika, ditemukan bahwa- dengan tanpa melihat statusnya- satu dari lima menyatakan merasa dihukum, dan satu dari lima melihat hal tersebut sebagai “serangan terhadap pribadinya.” Penelitian lainnya memperlihatkan bahwa, pekerja di organisasi layanan kesehatan cenderung takut untuk melaporkan kesalahan karena takut terhadap hukuman. Suatu studi yang dilakukan oleh Sexton et al., (2002) yang dikutip oleh McFadden et al., (2009), terhadap personel layanan intensif, menunjukkan banyak kesalahan medis yang tidak dilaporkan oleh tenaga medis karena mempertimbangkan atau takut terhadap ancaman reputasi pribadinya (76%), hukuman malpraktek (71%), pencabutan lisensi karena pelanggaran disiplin (64%), kehilangan pekerjaan (63%).

Sistem pelaporan harus dinilai melalui (White dalam Byers & White, 2004):

- Kebijakan dalam pelaporan keselamatan dan *error* (misalnya tidak ada hukuman dan *rewards* untuk pelaporan)

- Kemudahan pelaporan (misalnya *hotline* atau *online*)
- Dampak kepada staf dalam melaporkan *error*
- *Lesson learned* melalui video, pengungkapan cerita, penyajian perbaikan dalam pelaporan
- Melakukan RCA (*Root Caused Analysis*) terhadap kejadian sentinel dan FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*) untuk proses yang berisiko tinggi

Budaya pelaporan ini tidak hanya untuk kejadian sentinel atau *outcomes* yang tidak bisa diantisipasi, tetapi juga mencakup kegagalan, kesalahan, kejadian yang serius atau berpotensi serius, kecelakaan, KNC serta mencakup pula *blame-free, nonpunitive*, atau *just culture* (Spath, 2000, dikutip oleh Berry dalam Byers & White, 2004).

Dalam pelaksanaannya, setiap organisasi mempunyai hambatan baik bagi *stakeholder* internal maupun eksternal, yang umumnya berupa (Berry dalam Byers & White, 2004) :

- Adanya filosofi “kita selalu melakukan hal tersebut dengan cara yang sama” (tradisi, tidak ada bukti adanya cara yang lebih baik, masih dimungkinkan adanya toleransi kesalahan, jumlah SDM sedikit yang mendorong adanya perubahan, tidak adanya akuntabilitas yang benar, sikap menolak karena menganggap praktisi yang paling terlatih atau yang kompeten pun dapat melakukan kesalahan)
- Adanya budaya “menyalahkan dan malu” (lebih main tunjuk orang yang melakukan daripada melihat apa yang terjadi, sikap mempertahankan diri daripada peluang keinginan belajar dari kesalahan, takut akan liabilitas legal, takut kehilangan kredibilitas dan reputasi, takut akan hukuman dari praktisi atau organisasi, takut kehilangan lisensi praktek)

Untuk itu, peran manajer, direktur dan pimpinan administratif lainnya untuk menyelidiki dan menghilangkan hambatan tersebut di atas, mengingat ada hambatan yang jelas dan yang belum jelas, serta kompleksnya lingkungan yankes. Selain itu, manajer risiko dan tim pengacara RS harus mengembangkan kebijakan-

kebijakan yang terkait dengan adanya dilema-dilema yang muncul dalam berkomunikasi secara jujur dan terbuka terkait dengan KTD dengan pasien.

2.9.4.4 Sistem Penghargaan/*Reward*(Sr)

Organisasi yang sangat dipercaya mengenali bahwa penghargaan/*reward* lebih penting dari pada hukuman/*punishment* dalam memotivasi dan mengubah perilaku. Mereka mengetahui bahwa untuk memperoleh perilaku tertentu dan menjadikannya sebagai suatu rutinitas, maka hal tersebut haruslah dihargai. Sistem *reward* merupakan instrumen yang dipakai untuk membentuk perilaku. Organisasi layanan kesehatan jarang sekali memberikan penghargaan kepada pegawai untuk perilaku yang terkait dengan keselamatan/*safety*, meskipun hal ini sangat umum terjadi di organisasi seperti militer atau *engineering* (Porto dalam Youngberg & Hatlie, 2004). Pengalaman dari industri tersebut menunjukkan bahwa sekecil apa pun bentuk penghargaan yang diberikan dapat memberikan efek/dampak yang dalam bagi budaya dan moral (Roberts, 1998, dikutip oleh Porto dalam Youngberg & Hatlie, 2004).

Pengembangan sistem *reward* atau insentif yang mendorong perilaku *safety* dapat dilakukan melalui jawaban dari pertanyaan-pertanyaan berikut (Morath dalam Youngberg & Hatlie, 2004):

- Bagaimana sistem *reward* digunakan untuk mendorong perhatian dan perilaku organisasi?
- Bagaimana sistem *reward* dikaitkan secara konsisten dengan praktek dan perilaku yang mengutamakan keselamatan?
- Bagaimana jalan pintas dibenarkan dan dihargai sebagai pengurangan biaya?
- Bagaimana pengungkapan risiko dan praktik yang mudah menimbulkan kecelakaan dikelola?

Hal-hal lain yang juga dapat dilakukan untuk mengembangkan sistem *reward* untuk mendorong perilaku *safety* adalah (Porto dalam Youngberg & Hatlie, 2004):

- Identifikasi perilaku-perilaku yang terkait dengan *safety* yang diharapkan oleh organisasi untuk dilakukan.
- Identifikasi dan hilangkan *disincentives* (tidak ada insentif) disebabkan beban yang tak seharusnya ada karena terkait perilaku *safety*
- Identifikasi dan hilangkan *disincentives* disebabkan adanya ketakutan.
- Identifikasi dan hilangkan *disincentives* disebabkan oleh adanya kesenjangan pengetahuan atau minat.
- Ciptakan *rewards* untuk perilaku terkait *safety*
- Publikasikan *rewards* dan cerita sukses

Dalam mengembangkan sistem *reward*, terdapat enam kunci penting dalam strategi pelaksanaannya, yaitu (Suryani, 2002):

- 1) Adanya keterlibatan pegawai; artinya pegawai perlu dilibatkan sehingga memahami benar perilaku apa yang diharapkan dan usaha-usaha apa saja yang harus dilakukan agar menghasilkan *reward* yang banyak
- 2) Menghilangkan seminimal mungkin demotivator yang dapat menurunkan motivasi karyawan dalam bekerja
- 3) Adil; artinya sistem *reward* yang ditetapkan harus mempertimbangkan prinsip keadilan dalam pemberian dan mempertimbangkan semua pihak yang berkepentingan secara jelas
- 4) Mengukuhkan perilaku; artinya sistem *reward* yang dirancang harus bisa mengukuhkan perilaku yang diharapkan sudah terbentuk
- 5) Relevan; artinya hal-hal apa yang diberi *reward* harus disesuaikan dengan perilaku atau kinerja yang diharapkan
- 6) Tujuan dari pemberian *reward* atas dasar sistem yang dirancang harus dikomunikasikan dan dimengerti secara jelas tujuannya oleh pegawai.

Pemberian *reward*, dalam bentuk insentif (berupa uang atau rekognisi profesional), dapat membantu mempertahankan perilaku-perilaku baru yang konsisten dengan budaya KP (Behal dalam Youngberg & Hatlie, 2004).

2.9.4.5 Identitas Organisasi (Io)

Pada awalnya mengeksplorasi identitas dilakukan dengan menilainya di tingkat individual. Fenomena ini diminati oleh filosof-filosof terkenal seperti Socrates, Plato dan Aristoteles sebagai konsep yang paling penting dalam sosiologi dan sosio-psikologi. Identitas pada level individu dicirikan dengan teori individu tentang dirinya sendiri, yang dapat membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan seperti “Siapa saya?,” “Ingin jadi siapakah saya?,” “Apakah tujuan hidup saya?,” “Dimanakah posisi saya sebagai manusia dalam kehidupan sosial ini?.” Jadi, identitas dapat dipahami dengan banyak arti terkait dengan diri manusia itu sendiri. Secara khusus ciri individu tersebut seringkali didasarkan pada bentuk-bentuk struktur dari keanggotaan suatu kelompok atau dengan bantuan hubungan seseorang dengan seseorang lainnya. Dapat pula dinyatakan bahwa identitas menggambarkan keinginan dan kebutuhan manusia untuk menginterpretasi dirinya sebagai bagian dari sesuatu, yang secara alami/natural adalah keinginan untuk menjadi bagian dari suatu kelompok (Aaltio, 2004, dst, dikutip oleh Puusa & Tolvanen, 2006).

Pada perkembangannya, konsep identitas tidak terbatas pada pengertian di atas, tetapi secara simultan menciptakan semangat/spirit kelompok dalam hubungan dan interaksi yang kuat antar anggota kelompok. Pada tahun 1985, Stuart Albert dan David Whetten melalui penelitiannya memperkenalkan definisi identitas organisasi pertamakalinya, bahwa identitas organisasi terdiri dari atribut-atribut (mencakup nilai-nilai inti, budaya organisasi, ciri kinerja dan produk (Elsbach & Kramer, 1996)) yang dirasakan anggota merupakan hal yang mendasar/sentral bagi organisasi, merupakan keunikannya/yang membedakannya dan bertahan lama (Oliver & Roos, 2003). Dengan perkataan lain identitas organisasi dapat didefinisikan sebagai pengertian/pikiran/perasaan kolektif dan disepakati/dipahami bersama tentang nilai-nilai dan karakteristik yang membedakan untuk menunjukkan “siapa mereka sebagai suatu organisasi” (Puusa & Tolvanen, 2006; Oliver & Roos, 2003).

Teori dan riset menunjukkan hubungan yang erat (resiprokal) antara identitas individu dengan identitas organisasi (Scott & Lane, 2000; Pratt &

Foreman, 2000; Huemer et al, 2004, dikutip oleh Puusa & Tolvanen, 2006). Dapat diartikan bahwa setiap anggota organisasi membentuk dan dibentuk oleh keanggotaan organisasinya melalui proses dialektik. Dalam perkembangannya, konsep identitas organisasi relatif tidak berubah dan masih relevan. Meskipun hubungan antara bawahan dan atasan secara konstan berubah, identitas organisasi menciptakan semacam jembatan mental antara individu dengan organisasi, yang membantu menganalisa persepsi individu terhadap dirinya sendiri, hubungannya dengan dunia sekitarnya dan dengan organisasi terkait. Empson (2004) menyatakan bahwa identitas organisasi yang terdefinisi dengan baik, jelas membedakan, disepakati secara luas, dan ditafsirkan secara positif, maka anggota organisasi tetap fokus untuk mempertahankan identitasnya dalam suasana kerja yang tidak aman. Apabila identitas organisasi dapat direalisasikan oleh setiap anggota organisasi dengan kuat, akan menghasilkan tingkat kepercayaan (*trust*) kepada organisasi, dan dengan cara itu akan semakin kuat komitmen terhadap organisasi dan target-target pencapaian organisasi (Puusa & Tolvanen, 2006) Kaitannya dapat dijelaskan dalam gambar di bawah ini:



Gambar 2.11 Hubungan antara Identitas Organisasi dengan *Trust*

Sumber: Puusa & Tolvanen, 2006

Selain itu, menurut Oliver & Roos (2003) ditemukan bahwa identitas organisasi mempunyai pengaruh yang sangat kuat di dalam proses interpretasi di dalam organisasi (Dutton & Dukerich, 1991:550), di dalam memaksa tindakan-tindakan organisasi dan proses pengambilan keputusan (Fombrun, 1996: 111),

depolitisasi isu-isu organisasi (Gioia & Thomas, 1996: 397) dan membantu mendefinisikan isu-isu sebagai ancaman atau peluang yang potensial (Dutton & Dukerich, 1994; 543), serta memberikan suatu kerangka dimana di dalamnya ada penekanan, prioritas, dan penyebaran sumberdaya, dan bagaimana persepsi-persepsi dari kemampuan inti dibangun (Glynn, 2000:295). Dan lebih jauh lagi, dapat mengakibatkan bahwa individu mengidentifikasi dirinya dengan organisasi baik dalam aspek kognitif, afektif maupun evaluatif (Whetten & Mackey, 2002), serta berkontribusi dalam internalisasi pembelajaran organisasi (Child & Rodrigues, 2003).

Ada beberapa peneliti yang menganalisa tentang mengapa suatu identitas organisasi berubah. Diperkirakan ada tiga pencetus perubahan yaitu: ketidaksesuaian citra/*image* eksternal yang ditafsirkan, perubahan dalam referensi sosial yang menonjol dan ketidaksesuaian identitas yang bersifat temporal (Corley & Gioia, 2004, dikutip oleh Elstak, 2005). Proses identifikasi terjadi jika persepsi anggota tentang organisasinya juga mendefinisikan konsep dirinya. (Pratt, 1998:172 dalam Elstak, 2005). Premis umumnya adalah derajat yang tinggi dari identifikasi membatasi perubahan identitas organisasi, karena anggota-anggotanya yang sangat kuat mengidentifikasikan dengan identitas organisasi yang ada tidak akan terbuka dan berupaya menolak upaya-upaya merubah identitas. Dan, derajat yang rendah dari identifikasi membuat anggotanya mudah menerima perubahan dan memungkinkan upaya-upaya perubahan yang kolektif karena anggota-anggotanya kurang melebur dengan identitas organisasi yang “lama” (Elstak, 2005).

2.10 Gambaran Ringkas RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah

Muhammadiyah dan ‘Aisyiyah adalah salah satu di antara dua organisasi kemasyarakatan yang bersifat keagamaan terbesar di Indonesia. Rumah sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah merupakan amal usaha Muhammadiyah-‘Aisyiyah di bidang kesehatan. Berbagai fasilitas kesehatan yang didirikan diharapkan dapat menumbuhkannya sebagai sarana da’wah *bil-hal* selain juga memiliki prospek usaha yang menguntungkan. Jenis fasilitas kesehatan terdiri dari Rumah Sakit, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Bersalin, Balai Kesehatan Ibu dan Anak, Balai

Pengobatan, Pondok Bersalin, Balkesmas, Pos Kesehatan Pesantren, yang keseluruhannya tersebar di seluruh Indonesia dan di bawah pembinaan Persyarikatan Muhammadiyah dan 'Aisyiyah.

Dalam hal kepemilikan amal usaha di bidang kesehatan, maka umumnya merupakan milik Pimpinan Pusat, Wilayah, Daerah, Cabang, atau Ranting Muhammadiyah atau 'Aisyiyah yang tersebar di wilayah Indonesia. Tetapi ada pula di luar itu, seperti Yayasan Rumah Sakit Islam Jakarta, Yayasan Ibnu Sina, MPKU (Majlis Pembina Kesehatan Umum), Pondok Pesantren Darul Arqam. Dengan sejarah awal pendirian yang beragam, beragam pula pengembangan pelayanan kesehatan yang semula didirikan, misalnya semula Poliklinik dan RS Bersalin Muhammadiyah kemudian berkembang menjadi RS PKU Muhammadiyah, Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) menjadi RS Islam dst.

Dalam hal falsafah organisasi, sebagai milik dari persyarikatan, maka semua amal usaha di bidang kesehatan (AUK: Amal Usaha Kesehatan) tersebut mempunyai falsafah yang sama, yaitu perwujudan dari iman sebagai amal sholeh kepada Allah SWT, dan menjadikannya sebagai sarana ibadah. Adapun visi, misi, tujuan dan motto masing-masing mempunyai keberagaman, akan tetapi menonjolkan nilai-nilai kepedulian terhadap kaum dhu'afa dan istilah-istilah atau konsep-konsep dalam agama Islam, semisal ihsan, *fastabiqul khairat*, *ta'awanu 'alal birri wattaqwa*, dsb.

Sebagai Amal Usaha Kesehatan di bawah PP Muhammadiyah, maka visi Amal Usaha Kesehatan Muhammadiyah-'Aisyiyah adalah terselenggaranya amal usaha di bidang kesehatan yang profesional dan Islami, sebagai perwujudan *rahmatan lil 'alamin*. Adapun misi Amal Usaha Kesehatan adalah:

1. Menjadikan amal usaha di bidang kesehatan sebagai sarana ibadah untuk melaksanakan *da'wah Islamiyah amar ma'ruf nahi munkar*.
2. Menjadikan amal usaha di bidang kesehatan sebagai sarana untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya kaum *dhu'afa* dan mendukung pengembangan *Da'wah Jama'ah*.

Sedangkan tujuan AUK adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat agar mampu beribadah secara optimal sehingga tercapai keluarga yang sakinah, sebagai bagian dari masyarakat utama.

Pemilik Amal Usaha Kesehatan adalah Pimpinan Pusat Muhammadiyah yang berstatus badan hukum. Pendiri amal usaha kesehatan adalah Pimpinan Muhammadiyah atau Pimpinan Aisyiyah dari tingkat Pusat sampai dengan tingkat Cabang dan Ranting. Penyelenggara Amal Usaha Kesehatan adalah Majelis dan Bagian tingkat Pusat sampai dengan tingkat Cabang dan Ranting. Pengorganisasian Amal Usaha Kesehatan mengacu pada pola Tiga Tungku Sejerangan yang terdiri dari:

- a. Majelis/Bagian atau Dewan Pengampu
- b. Pengelola
- c. Pelaksana yang terdiri dari komite klinik dan para profesional

Jumlah seluruh amal usaha di bidang kesehatan ini dapat dilihat dalam Profil dan Direktori Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyah tahun 2009, yang pertama kalinya dilakukan oleh MPKU dan Lingkungan Hidup Pimpinan Pusat ‘Aisyiyah. Berikut ini jumlah dan jenis beberapa RS Muhammadiyah yang ada di DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Timur.

Tabel 2.4 Jenis dan Jumlah RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah di wilayah DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Timur, Tahun 2009

Jenis RS	DKI Jakarta	Jawa Barat	Jawa Tengah	Yogyakarta	Jawa Timur
Islam/Umum/PKU	3	2	16	1	20
Ibu dan Anak/ Bersalin	2	1	4	1	10
Jiwa	1				
Total	6	3	20	2	30

Berikutnya adalah sekilas profil RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah yang menjadi sampel dalam penelitian ini:

a. RS Islam Cempaka Putih Jakarta.

RS ini berlokasi di jl. Cempaka Putih Tengah I/1 Jakarta Pusat, adalah RS tipe B Utama dengan 411 TT (data tahun 2009), dan sudah memperoleh akreditasi: 5 Pelayanan (tahun 1997), 12 Pelayanan (tahun 2000), 16 Pelayanan (tahun 2006) serta memperoleh ISO 9001-2000 (tahun 2007). Motto RS ini adalah "Bekerja sebagai Ibadah, Ihsan dalam Pelayanan." Adapun visi dan misinya adalah:

Visi: Berdasarkan semangat *fastabiqul khairat*, RSI Jakarta menjadi pusat rujukan internasional untuk mengamalkan perintah Allah *ta'awanu 'alal birri wattaqwa* dalam bidang kesehatan.

Misi: Pelayanan kesehatan yang Islami, profesional dan bermutu dengan tetap peduli pada kaum dhu'afa.

Fasilitas pelayanan kesehatan mencakup pelayanan 24 jam, rawat jalan pagi dan sore, rawat inap, pelayanan masyarakat, dan penunjang medis. Pelayanan unggulan RS ini adalah Pelayanan Ibu dan Anak.

Terkait dengan upaya keselamatan pasien, RS ini sudah memiliki Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) sejak 2008, bersama-sama dengan K3, Infeksi Nosokomial RS serta Mutu RS di bawah Manajemen Risiko RS. Program-program KP sudah disosialisasikan, berikut adanya pelatihan dan pertemuan-pertemuan rutin, serta sudah dilakukan pemberian *reward* atau rekognisi kepada pegawai yang melakukan pelaporan error. Beberapa penghargaan dalam upaya KP sudah pula diperoleh, seperti untuk upaya RS tentang Cuci Tangan dan Poster KPRS.

Direksi RS saat ini adalah Pimpinan RS yang memulai periode kepemimpinannya sejak Desember 2010.

b. RS Muhammadiyah Bandung

RS ini berlokasi di jl KH Ahmad Dahlan no 53 Bandung Jawa Barat, adalah tipe RS ini setara Kelas Cdengan 151 TT (data tahun 2009), dengan status Akreditasi Penuh Tingkat Lanjut. Adapun visi dan misinya adalah:

Visi: Terwujudnya Rumah Sakit Islam yang modern yang memiliki kemampuan handal, mampu bersaing dan terciptanya pelayanan yang memuaskan bagi masyarakat dan konsumen.

Misi:

- Memiliki sistem penyelenggaraan rumah sakit yang bermutu, agar dapat memenuhi kebutuhan masyarakat dan konsumen
- Mengelola rumah sakit yang berkualitas, profesional, otonom, Islami, memiliki akuntabilitas, kredibilitas yang tinggi serta dapat mengevaluasi diri yang dilandasi iman dan amal saleh dalam rangka ibadah kepada Allah dan ihsan terhadap sesama hamba Allah
- Memanfaatkan dan mengembangkan potensi sumber daya Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung yang berkelanjutan dan berwawasan lingkungan
- Menjadikan Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung dapat menarik penanam modal dalam mengembangkan upaya pelayanan rumah sakit.

Dalam kaitannya dengan Keselamatan Pasien, maka RS Muhammadiyah baru saja mengawali di pertengahan tahun 2011 ini dengan membentuk Komite KPRS seiring dengan proses akreditasi RS yang sedang berjalan.

Direksi RS ini adalah Pimpinan RS yang memulai periode kepemimpinannya sejak Juni 2010.

c. RS Roemani PKU Muhammadiyah Semarang

RS ini berlokasi di jl. Wonodri no 22 Semarang, adalah RS dengan 200 TT (data tahun 2009), dan sudah memperoleh akreditasi : 5 Pelayanan, 12 Pelayanan. Motto RS ini adalah ” Rumah Sehat Keluarga Islami,” Adapun visi dan misinya adalah:

Visi: Menjadi rumah sakit terkemuka dengan pelayanan prima yang dijiwai nilai-nilai Islam dan didukung oleh aplikasi teknologi yang mutakhir.

Misi:

- Sebagai media da'wah *amar ma'ruf nahi munkar* untuk mewujudkan cita- cita persyarikatan Muhammadiyah

- Memberikan pelayanan kesehatan yang Islami, profesional dan bermutu dengan tetap peduli terhadap kaum dhu'afa dan anak yatim
- Sebagai rumah sakit rujukan bagi Rumah Sakit Islam se-Jawa Tengah
- Sebagai mitra pengembangan keilmuan dan tenaga kesehatan, khususnya bagi institusi di lingkungan Persyarikatan Muhammadiyah

Terkait dengan upaya keselamatan pasien, RS ini sudah mempunyai panitia KP bersama-sama dengan K3 dan Infeksi Nosokomial. Hanya saja dalam pelaksanaannya masih banyak kendala sehingga program KP masih belum berjalan dengan baik.

Direksi RS ini adalah Pimpinan RS yang memulai periode kepemimpinannya sejak tahun 2010.

d. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

RS ini berlokasi di jl. KH Ahmad Dahlan 20 Yogyakarta, adalah RS tipe C Plus dengan 207 TT (data tahun 2009), dan sudah memperoleh akreditasi: 5 Pelayanan dan 12 Pelayanan, 16 Pelayanan. Motto RS ini adalah "AMANAH dalam pelayanan." (A:Antusias, M: Mutu, A: Aman, N: Nyaman, A: Akurat, H: Handal). Adapun visi dan misinya adalah:

Visi: Menjadi rumah sakit Islam yang berdasar pada Al-Qur'an dan Sunnah Rasulullah saw, dan sebagai rujukan terpercaya di DIY dan Jawa Tengah dengan kualitas pelayanan yang Islami, profesional, cepat, nyaman dan bermutu, setara dengan kualitas pelayanan rumah sakit-rumah sakit terkemuka di Indonesia dan Asia.

Misi:

- Mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi semua lapisan masyarakat melalui pendekatan pemeliharaan, pencegahan, pengobatan, pemulihan kesehatan secara menyeluruh sesuai dengan peraturan dan ketentuan perundang-undangan
- Mewujudkan peningkatan mutu bagi tenaga kesehatan melalui sarana pelatihan dan pendidikan yang diselenggarakan secara profesional dan sesuai tuntunan ajaran Islam.

- Mewujudkan da'wah Islam, *amar ma'ruf nahi munkar* di bidang kesehatan dengan senantiasa menjaga tali *silaturrahim*, sebagai bagian darida'wah Muhammadiyah.

Fasilitas pelayanan kesehatan mencakup pelayanan 24 jam, rawat jalan pagi dan sore, rawat inap, pelayanan masyarakat, dan pelayanan penunjang. Pelayanan unggulan RS ini adalah Bedah Laparaskopi, Rehabilitasi medik, *Homecare*, Hemodialisis.

Terkait dengan upaya keselamatan pasien, RS ini sudah mempunyai Komite KPRS di bawah Admin sejak sekitar tahun 2008-an. Sosialisasi, pelatihan dan pertemuan sudah sering dilakukan khususnya pada *morning meeting* dan pertemuan rutin bulanan.

Direksi RS ini adalah Pimpinan RS pada periode kepemimpinan tahun 2008-2012.

e. RS Siti Aisyiyah Dr. Sutomo Ponorogo

RS ini berlokasi di jl. Dr. Sutomo 18-24 Ponorogo, adalah RS tipe C dengan 110 TT (data tahun 2009), dan proses akreditasi : 5 Pelayanan. Motto RS ini adalah "Layananku Ibadahku." Adapun visi dan misinya adalah:

Visi: Terwujudnya rumah sakit yang Islami, terpercaya dan menjadi rujukan bagi masyarakat Ponorogo dan sekitarnya.

Misi:

- Memberikan pelayanan kesehatan yang islami sebagai sarana da'wah
- Mewujudkan sumber daya insani yang loyal dan profesional
- Memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, bermutu dan memuaskan serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

Fasilitas pelayanan kesehatan mencakup pelayanan 24 jam, rawat jalan pagi dan sore, rawat inap, pelayanan masyarakat, dan penunjang medis, dan layanan khusus. Pelayanan unggulan RS ini adalah Instalasi Gawat Darurat, Fisioterapi, Instalasi Bedah Sentral dan *One Day Care*, Askes PNS dan Jamkesmas, Instalasi Rawat Jalan.

Terkait dengan upaya keselamatan pasien, RS ini telah melakukan deklarasi dan sosialisasi program KPRS pada bulan Februari 2009. Pembentukan

Komite KPRS sendiri sudah dibentuk sejak Desember 2008 dan bertanggung jawab kepada Direktur RS, dan sudah menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelaksanaan beberapa upaya-upaya untuk menjamin keselamatan pasien selama berada dan memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Direksi RS ini adalah Pimpinan RS yang memulai periode kepemimpinannya yang kedua untuk periode 2008-2014.



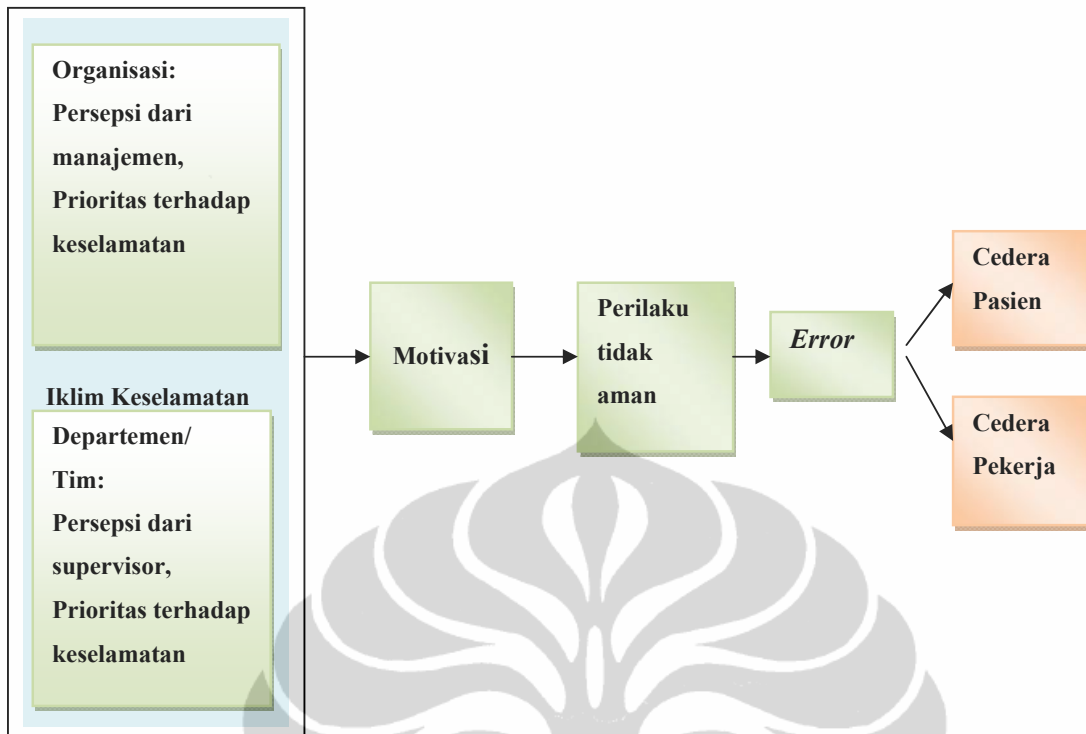
BAB 3

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

3.1 Kerangka Teori

Dapat diringkas di sini beberapa teori yang membentuk kerangka konsep dari penelitian ini, yaitu :

- a. Pengukuran budaya KP, dapat diukur melalui pengukuran elemen kedua dari model budaya organisasi (Schein, 1999), yaitu *espoused values* (nilai-nilai pendukung), yang mencakup kepercayaan, nilai-nilai, persepsi dan sikap/*attitude* yang berlaku dalam organisasi. Nilai-nilai pendukung ini dianggap lebih mudah diukur, dikenal sebagai iklim organisasi, yang dapat mendiagnosis budaya, sebagai *preceding culture* dan *culture in making*.
- b. Model dari Flin (2007) menjelaskan bagaimana mekanisme bentuk-bentuk iklim keselamatan (yang digunakan untuk mengukur budaya keselamatan), yang didefinisikan sebagai persepsi terhadap KTD/AE pada pasien dan pekerja, diukur pada tingkat unit kerja dan organisasi.

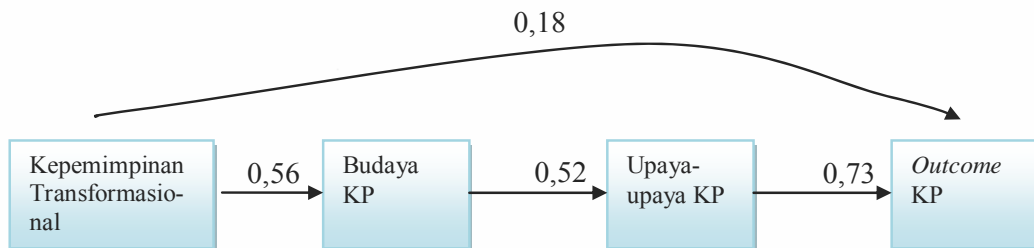


Gambar 3.1 Model Iklim Keselamatan dan *Outcome* Kecelakaan

Sumber: Flin, 2007

Penelitian yang dilakukan oleh Matsubara et al. (2008), dan Singer et al. (2009) juga mengukur budaya KP melalui pengukuran terhadap iklim KP di tingkat interpersonal, unit kerja serta organisasi.

- c. Model *path analysis* yang menghubungkan antara Kepemimpinan Transformasional, budaya KP, inisiatif/upaya KP dan *outcome* KP dari Mc Fadden et al. (2009):

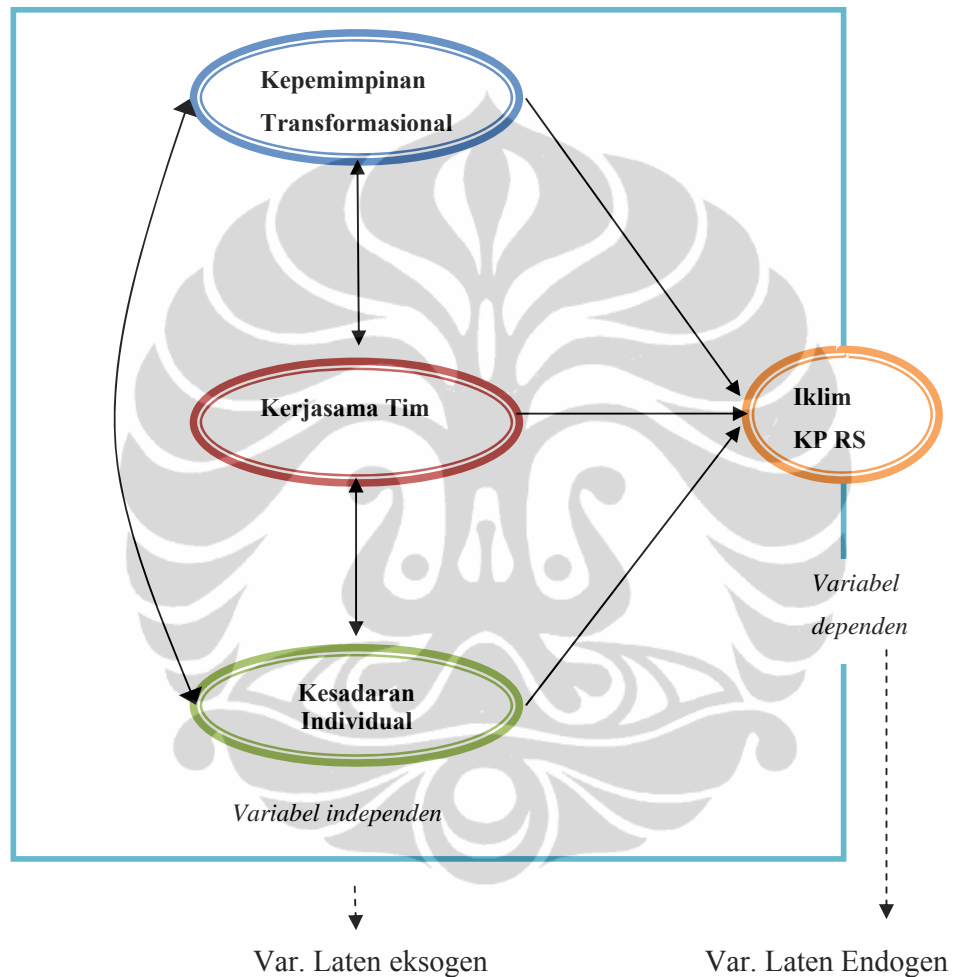


Gambar 3.2 Model *Path Analysis* Kepemimpinan Transformasional, Budaya KP, Upaya KP, dan *Outcome* KP

Sumber: Mc Fadden, et.al,2009

- d. Berdasarkan berbagai referensi lainnya, terdapat berbagai dimensi/faktor yang membangun struktur model budaya atau iklim KP di berbagai negara, di berbagai unit di RS, dan di berbagai kelompok profesional RS.

3.2 Kerangka Konsep



Gambar 3.3 Kerangka Konsep Pengembangan Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien (*Patient Safety Climate*) RS Muhammadiyah-²Aisyiyah

Penjelasan lanjutan dari variabel laten dengan variabel teramati/indikator adalah sebagai berikut (berdasarkan referensi dan masukan dari ahli):

3.2.1 Faktor Kepemimpinan Transformasional (*Lead*)

Faktor Kepemimpinan Transformasional terdiri dari empat subfaktor (Stimulasi Intelektual, Motivasi Inspirasional, Konsiderasi Individual, Idealisasi Pengaruh) yang dibentuk oleh 19 variabel teramati/indikator, yang dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Stimulasi Intelektual (Si)

Stimulasi Intelektual merupakan perilaku pimpinan berupa menimbulkan keberanian pegawai untuk bertanya tentang *status quo*, mencari solusi yang rasional, hati-hati, inovatif, dan kreatif bagi masalah organisasi (Robbins, 2003; Kreitner & Kinicki, 2007; Gibson et al, 2006). Terkait dengan upaya keselamatan pasien, maka variabel Si berupa upaya top manajemen RS dalam menimbulkan keberanian pegawai untuk bertanya tentang *status quo*, mencari solusi yang rasional, hati-hati, inovatif, kreatif bagi masalah organisasi dalam membangun budaya keselamatan pasien. Adapun indikator/variabel teramatinya terdiri dari: upaya mendorong pegawai untuk kreatif menyelesaikan masalah keselamatan pasien yang ada (D1); upaya mendorong pegawai untuk memecahkan masalah keselamatan pasien dengan rasional (D3); upaya mendorong pegawai dalam mencari cara-cara yang baru/inovatif terkait keselamatan pasien (D5); Upaya mendorong komitmen pegawai untuk melakukan yang terbaik dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan aman (D10); upaya mendorong pegawai menyelesaikan permasalahan keselamatan pasien secara hati-hati (D12); tidak melakukan upaya yang mendorong pegawai untuk merasa puas dengan kondisi keselamatan pasien yang ada (GB2).

2) Motivasi Inspirasional (Mi)

Motivasi Inspirasional merupakan perilaku pimpinan berupa menetapkan visi yang menarik, menggunakan argumen, dan menunjukkan optimisme dan antusiasme (Kreitner & Kinicki, 2007). Dalam kaitannya dengan keselamatan pasien maka Mi merupakan upaya top manajemen RS dalam meningkatkan motivasi intrinsik, orientasi prestasi, dan mengejar goal/target dalam upaya keselamatan pasien. Indikator dari subfaktor ini terdiri dari: upaya mendorong komitmen pegawai untuk melakukan yang terbaik dalam memberikan pelayanan

kepada pasien dengan aman (D8); upaya membangkitkan semangat kerja pegawai untuk berprestasi dalam upaya keselamatan pasien (D4); upaya mendorong pegawai untuk meningkatkan kualitas upaya keselamatan pasien (D14); tidak melakukan upaya yang mendorong pegawai untuk menghasilkan kinerja keselamatan pasien apa adanya (GB1).

3) Konsiderasi Individual (Ki)

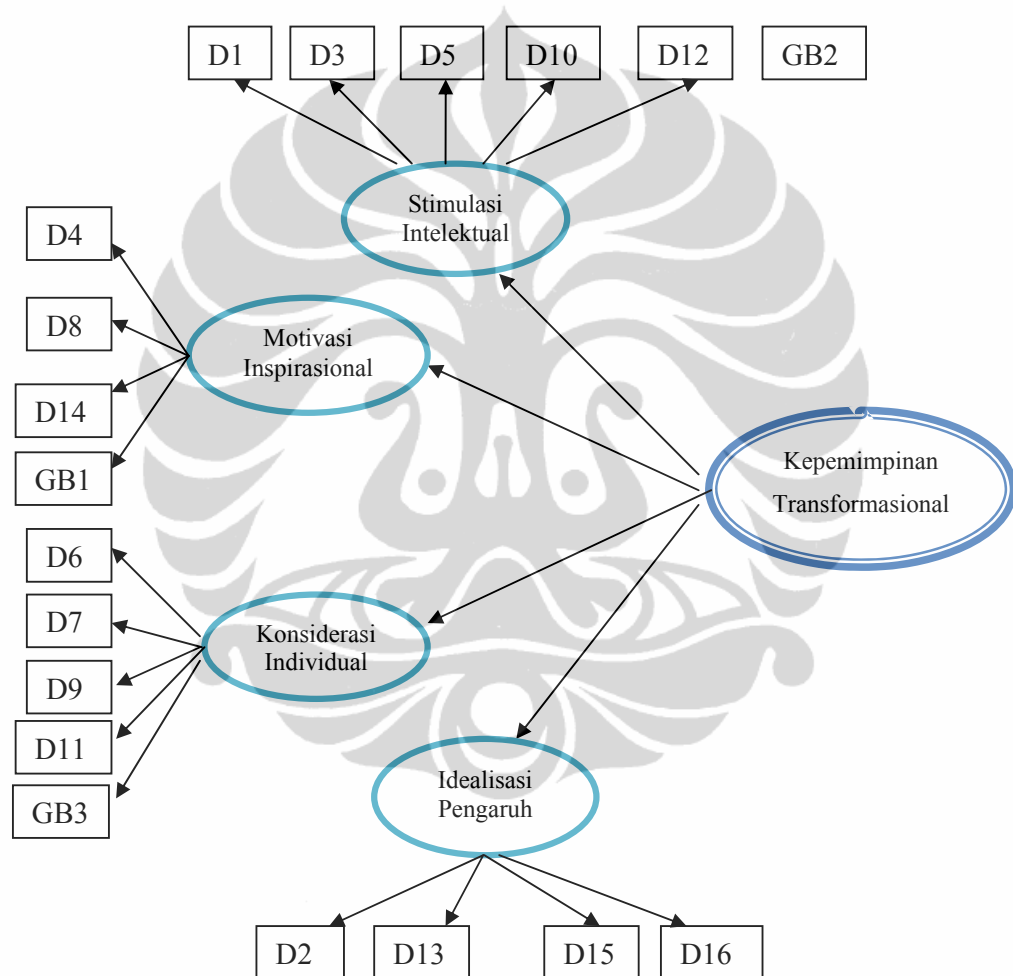
Konsiderasi Individual merupakan perilaku pimpinan yang berupa memberikan perhatian secara pribadi, memperlakukan setiap pegawai secara pribadi, memberikan dukungan, keberanian, memberdayakan, dan melatih dan memberi saran (Robbins, 2003; Kreitner & Kinicki, 2007). Terkait dengan upaya keselamatan pasien maka variabel Ki ini berupa upaya top manajemen RS dalam memberikan perhatian pribadi kepada pegawai; memperlakukan pegawai secara pribadi; memberi dukungan, memberdayakan, melatih dan/atau memberi nasihat khususnya dalam hal-hal terkait keselamatan pasien di RS. Adapun indikator/variabel teramati dari variabel ini terdiri dari: upaya memberikan perhatian yang baik kepada pegawai dalam melakukan upaya keselamatan pasien (D6); upaya menggali potensi pegawai dalam melakukan pelayanan kepada pasien dengan aman (D7); upaya memberi dukungan kepada pegawai untuk menyelesaikan pelayanan pasien dengan baik (D9); upaya memperhatikan masalah pribadi selain masalah pekerjaan (D11); tidak melakukan upaya yang mendorong pegawai untuk menyelesaikan masalah pelayanan kepada pasien tanpa bantuan (GB3).

4) Idealisasi Pengaruh (Ip)

Idealisasi pengaruh merupakan perilaku pimpinan yang mencakup pengorbanan bagi kebaikan kelompok, menjadi teladan, dan menunjukkan standard etika yang tinggi (Kreitner & Kinicki, 2007). Terkait dengan upaya keselamatan pasien maka Ip berupa upaya top manajemen RS dalam menjadi teladan terkait dengan keselamatan pasien, menimbulkan respek dan kepercayaan pegawai kepada pemimpin. Indikator/variabel terukur dari variabel ini adalah: upaya yang menunjukkan etika yang tinggi dalam proses pelayanan kepada pasien

yang aman (D13); upaya menjadi model keteladanan dalam upaya keselamatan pasien (D2); upaya menunjukkan dedikasi yang tinggi dalam meningkatkan keselamatan pasien (D15); tidak menunjukkan bahwa pimpinan kurang mempunyai waktu untuk melakukan sosialisasi keselamatan pasien (D16).

Dari uraian di atas, keseluruhan indikator dari faktor Kepemimpinan Transformasional dapat digambarkan seperti di bawah ini:



Gambar 3.4 Indikator Kepemimpinan Transformasional (*Lead*)

3.2.2 Faktor Kerjasama Tim/*Teamwork*(*Team*):

Variabel Kerjasama Tim/*Teamwork* terdiri dari tiga sub faktor (Rasa Saling Percaya/*Trust*, Komunikasi, Kepaduan/*Cohesiveness*) yang dibentuk dari 16 indikator, yang dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Rasa Saling Percaya/*Trust* (Tr)

Rasa saling percaya merupakan harapan/ekspektasi positif bahwa pihak lain-melalui perkataan, tindakan, keputusannya- tidak akan bertindak oportunistik, yang mencakup dimensi integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas, keterbukaan (Robbins, 2003). Terkait dengan upaya keselamatan pasien maka variabel *Trust* ini diamati dari kondisi unit kerja responden sekarang dalam hal harapan positif bahwa pegawai memiliki integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas dan keterbukaan dalam melakukan upaya KP di tingkat unit kerja masing-masing. Rincian dari indikator Rasa Saling Percaya (Tr) adalah sebagai berikut: adanya keyakinan bahwa setiap pegawai mempunyai kompetensi yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan (C2); adanya keyakinan bahwa setiap pegawai percaya terhadap kejujuran pegawai lainnya (C5); adanya keyakinan bahwa setiap pegawai konsisten antara ucapan dan perbuatan pegawai (C8); adanya keyakinan bahwa setiap pegawai memiliki loyalitas terhadap organisasi (C9).

2) Komunikasi (Ko)

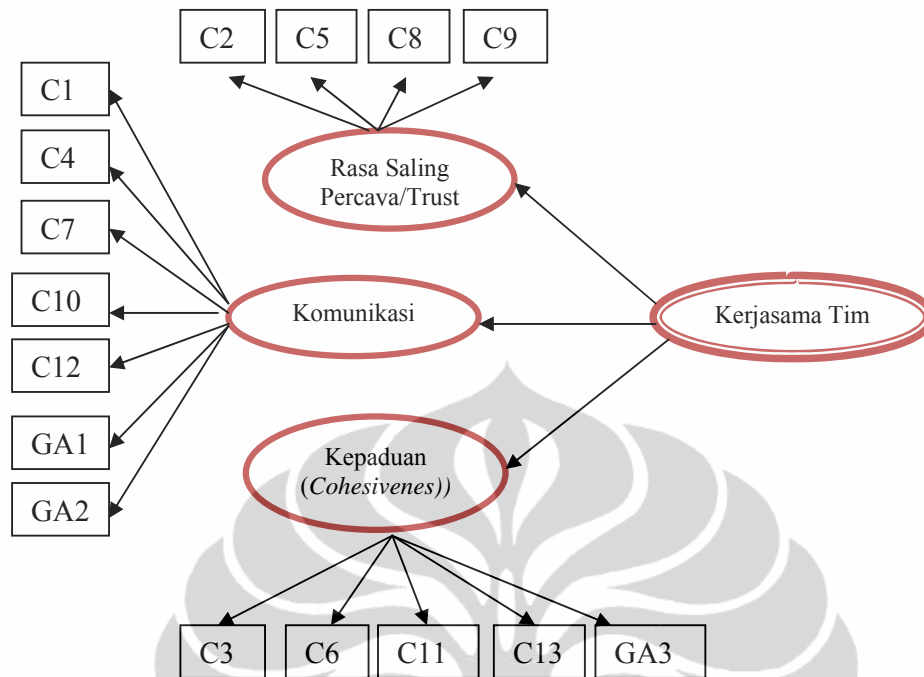
Komunikasi merupakan sikap aman/tidak aman di tingkat unit kerja terhadap keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang *error* (modifikasi Handler et.al, 2006 dan Matsubara et al., 2008). Dalam hal ini adalah kejelasan alur komunikasi terkait KP di dalam unit kerja dimana responden sedang bertugas, komunikasi antar unit kerja, dan komunikasi dengan melibatkan pasien yang ada di RS. Secara rinci indikator dari variabel Komunikasi ini adalah: terjadinya diskusi yang terbuka yang melibatkan pasien/keluarga pasien tentang isu-isu keselamatan pasien (C1); terjadi diskusi terbuka antar pegawai di dalam satu unit kerja dalam melayani pasien dengan aman (C4); pesan tertulis/memo rekan satu unit yang disampaikan dalam proses layanan kesehatan kepada pasien dapat dipahami (C7); terjadinya diskusi terbuka antar unit kerja RS dalam

melayani pasien dengan aman (C10); pesan tertulis/memo antar unit yang disampaikan dalam proses layanan kesehatan kepada pasien dapat dipahami (C12); tidak adanya birokrasi yang rumit yang menyebabkan komunikasi antar unit berjalan tidak baik (GA1); tidak terjadinya salah pengertian di antara pegawai di unit kerja (GA2).

3) Kepaduan/*Cohesiveness* (Kh)

Kepaduan adalah suatu proses dimana kebersamaan ("*we-ness*") melebihi perbedaan dan motivasi individual, yang mencakup kepaduan secara sosial-emosional dan instrumental (Kreitner & Kinicki, 2007). Dalam kaitannya dengan upaya keselamatan pasien maka Kepaduan di suatu unit kerja diukur dengan indikator berikut: Kontribusi setiap pegawai dikenal dan dihargai (C3); memberikan setiap pegawai bagian yang penting dari suatu kegiatan (C6); mengingatkan bahwa setiap pegawai saling membutuhkan satu sama lain untuk menyelesaikan pekerjaan (GA3); terjadi kekompakan dalam unit untuk menjamin pelayanan kesehatan yang aman (C11); Masing-masing pegawai di unit kerja ini bekerjasama dengan baik dalam menghasilkan pelayanan yang aman bagi pasien untuk menyelesaikan suatu pekerjaan (C13).

Keseluruhan indikator tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.5 Indikator Kerjasama Tim (*Team*)

3.2.3 Faktor Kesadaran Individual (*Indiv*)

Faktor Kesadaran Individual (*Indiv*) merupakan sikap aman/tidak aman di tingkat individu terhadap kondisi-kondisi laten yang mempengaruhi kejadian/insiden KP (modifikasi dari Matsubara et al., 2008). Faktor ini terdiri dari lima subfaktor (Penilaian Kompetensi Diri, Penilaian Risiko, Kepatuhan, Pembelajar, Prioritas Keselamatan) dan terdiri dari 28 indikator, yang dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Penilaian Kompetensi Diri (*Kd*)

Penilaian Kompetensi Diri merupakan sikap aman/tidak aman pegawai terkait dengan keyakinannya terhadap kompetensi dirinya (pengetahuan, ketrampilan) dalam praktek keselamatan (modifikasi dari Flin et al, 2007; Matsubara et al., 2008 dan Shang, Hwa Shu. et al, 2009). Subfaktor ini terdiri dari indikator-indikator berikut: pegawai melakukan tindakan yang tepat dalam mengidentifikasi suatu kesalahan yang serius (E5); pegawai mempunyai kemampuan dalam menganalisis risiko KP (E1); pegawai dapat membuat

pelaporan insiden dengan baik (E4); pegawai memberikan masukan untuk perbaikan program keselamatan pasien (GC3); pegawai memiliki pengetahuan yang memadai tentang pelaporan insiden (E2); pegawai memiliki pengetahuan yang memadai tentang analisis risiko dalam pelayanan kepada pasien (GC4).

2) Penilaian Risiko (Pr)

Penilaian Risiko (Pr) merupakan sikap pegawai untuk menilai risiko (Flin, 2007), yang terdiri dari indikator-indikator berikut: pegawai melakukan langkah-langkah tertentu untuk meminimalisasi bahaya-bahaya saat bekerja (E3); pegawai mempertimbangkan keselamatan pasien dengan matang pada setiap keputusan yang saya ambil dalam pelayanan kesehatan (E9); pegawai tidak menganggap kesalahan yang terjadi hanya kebetulan saja (GC10); pegawai memiliki keberanian mengambil keputusan dalam menghadapi permasalahan keselamatan pasien yang terjadi (E7)

3) Kepatuhan (Kp)

Kepatuhan (Kp) merupakan sikap aman/tidak aman pegawai terkait dengan kepatuhannya terhadap prosedur atau aturan keselamatan pasien (Matsubara et al., 2008). Sub faktor ini terdiri dari indikator-indikator: pegawai menjalankan aturan keselamatan pasien yang ada (E8); pegawai mengutamakan keselamatan pasien dibandingkan keuntungan RS (E17); pegawai mematuhi langkah-langkah prosedur keselamatan pasien selama waktu melayani pasien (GC2); pegawai tidak melakukan jalan pintas terhadap prosedur keselamatan pasien agar pekerjaannya lebih cepat selesai (GC1); pegawai mengikuti aturan keselamatan pasien (GC5); pegawai bekerja sesuai dengan pedoman KP (E8).

4) Pembelajar (Pb)

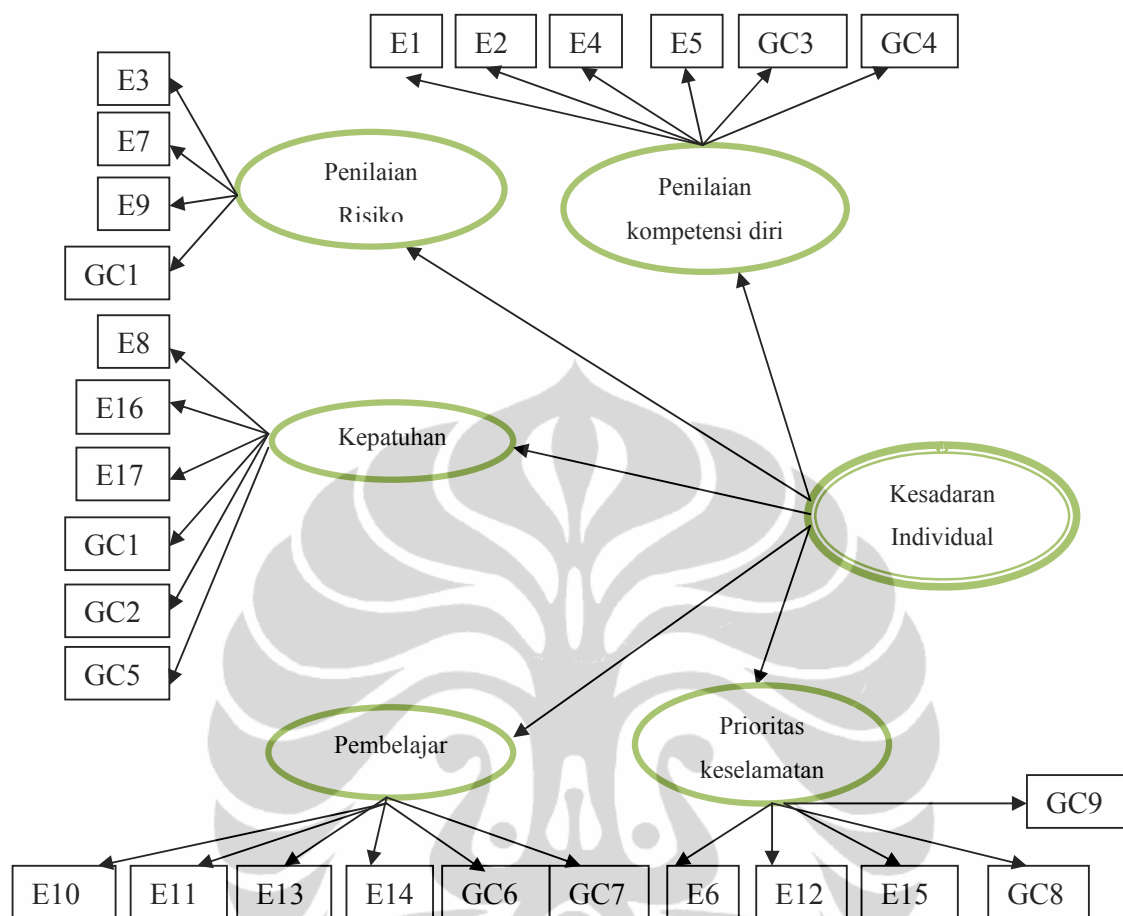
Pembelajar merupakan sikap aman/tidak aman pegawai untuk belajar meningkatkan perhatian dan pemahaman tentang keselamatan dan *error* (Mc Fadden et al., 2009; Ginsburg et al, 2008). Sub faktor ini terdiri dari indikator-indikator berikut: pegawai terlibat aktif dalam pelatihan-pelatihan tentang KP (E10); pegawai hadir dengan sukarela dalam pertemuan-pertemuan yang

membahas tentang isu-isu KP (GC6); pegawai memprioritaskan untuk mempelajari langkah-langkah meminimalkan kesalahan saat melayani pasien (GC7); pegawai mempelajari cara-cara untuk memperbaiki pelayanan kepada pasien dengan aman (E11); pegawai melakukan evaluasi terhadap perubahan yang dilakukan untuk memperbaiki kesalahan (E13); pegawai menjadikan kesalahan sebagai peluang pembelajaran (E14).

5) Prioritas Keselamatan (Pk)

Prioritas keselamatan merupakan sistem nilai dari pegawai dalam mempertimbangkan antara keselamatan dan efisiensi-produktifitas (Shang, Hwa Shu. et al, 2009). Sub-faktor ini terdiri dari indikator-indikator: pegawai mempertimbangkan keselamatan pasien jika ada perubahan program/proses layanan (GC9); pegawai mempertimbangkan isu-isu KP jika ada peralatan/sarana yang baru (GC8); pegawai tetap melakukan tindakan yang aman untuk menghemat waktu (E6); pegawai lebih mengutamakan keselamatan pasien meskipun berdampak pada peningkatan biaya (E12); pegawai mempunyai cukup waktu untuk memberikan pelayanan yang aman bagi pasien (E15).

Keseluruhan indikator dari sub-faktor tersebut di atas dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.6 Indikator Kesadaran Individual (*Indiv*)

3.2.4 Iklim Keselamatan Pasien RS (*Climate*)

Iklim Keselamatan Pasien RS (*Climate*) merupakan suatu pola perilaku individu dan organisasi yang terintegrasi berdasarkan keyakinan dan nilai-nilai bersama yang terus menerus dicari untuk meminimalkan cedera/bahaya pada pasien yang terjadi dari proses pemberian layanan. (Kizer dalam Apsden et al., 2004, yang dikutip oleh Hellings, et al., 2007). Faktor ini mencakup sub-faktor komitmen manajemen terhadap KP, pemberdayaan pegawai, sistem pelaporan, sistem *reward* dan identitas organisasi (McFadden et al, 2009 ; Shang Hwa, et al., 2009), yang terdiri dari 28 indikator. Berikut ini adalah uraian dari masing-masing sub-faktor:

1) Komitmen Manajemen (Km)

Adalah komitmen top manajemen yang menunjukkan dukungan terhadap keselamatan, mencakup tersedianya sumberdaya yang memadai untuk mempromosikan dan memperbaiki keselamatan (modifikasi dari McFadden et al, 2009 ; Shang Hwa, et al., 2009). Indikator-indikatornya adalah: RS menyediakan sumberdaya manusia yang memadai untuk memberikan layanan pasien yang aman (F7); RS menyediakan anggaran yang memadai untuk memberikan layanan pasien yang aman (F1); RS menyediakan sarana yang memadai untuk memberikan layanan pasien yang aman (F3); Tidak ada kekurangan SDM yang dialami selama melayani pasien(F12); Tidak ada sarana yang kurang memadai di RS ini (F15); Alokasi anggaran untuk upaya keselamatan pasien mencukupi (F4); RS melibatkan Komite Khusus untuk KP di dalam struktur organisasi (F5); RS menginformasikan adanya kebijakan-kebijakan tentang KP kepada pegawai dengan berbagai media atau kegiatan (F2); Tersedianya pedoman-pedoman KP di RS (F6); Kebijakan tertulis tentang KP disosialisasikan oleh pimpinan (F8).

2) Pemberdayaan Pegawai (Pp)

Pemberdayaan pegawai menunjukkan sejauh mana organisasi mempertahankan akuntabilitas keselamatan (Shang Hwa, et al., 2009). Indikator-indikatornya adalah: RS menyediakan pelatihan atau seminar khusus tentang keselamatan pasien (F13); RS mendorong pegawainya untuk menghadiri pelatihan atau seminar tentang KP (F9); Pegawai diajarkan untuk mewaspadaikan dan mengenali potensi-potensi bahaya saat bekerja (F10); Pegawai diberi kesempatan untuk mendapatkan pelatihan KP yang sesuai dengan yang ia butuhkan (F18); Pegawai didorong untuk memberikan saran dan kritik untuk perbaikan upaya KP di RS (F14).

3) Sistem Pelaporan (Sp)

Sistem pelaporan adalah sistem yang mendukung kemauan pegawai untuk tanpa sungkan melaporkan isu-isu masalah keselamatan atau *error* secara terbuka. (McFadden et al, 2009 ; Shang Hwa, et al., 2009). Indikatornya meliputi: terdapat komite KP yang terbuka menerima laporan tentang isu-isu KP (F16);

Penyelidikan/investigasi terhadap isu-isu KP didiskusikan rutin di pertemuan-pertemuan setiap unit/bagian di RS (F17); Pelaporan masalah terkait KP tidak akan menghasilkan tekanan yang negatif terhadap orang yang melaporkan (F11); Kesalahan-kesalahan dalam pelayanan kepada pasien dilaporkan (F20); pegawai yang terlibat dalam kasus Keselamatan Pasien melaporkan kasusnya dengan cepat dan mudah kepada Komite Keselamatan Pasien RS (F23); kasus-kasus kesalahan ditindaklanjuti oleh RS (F24).

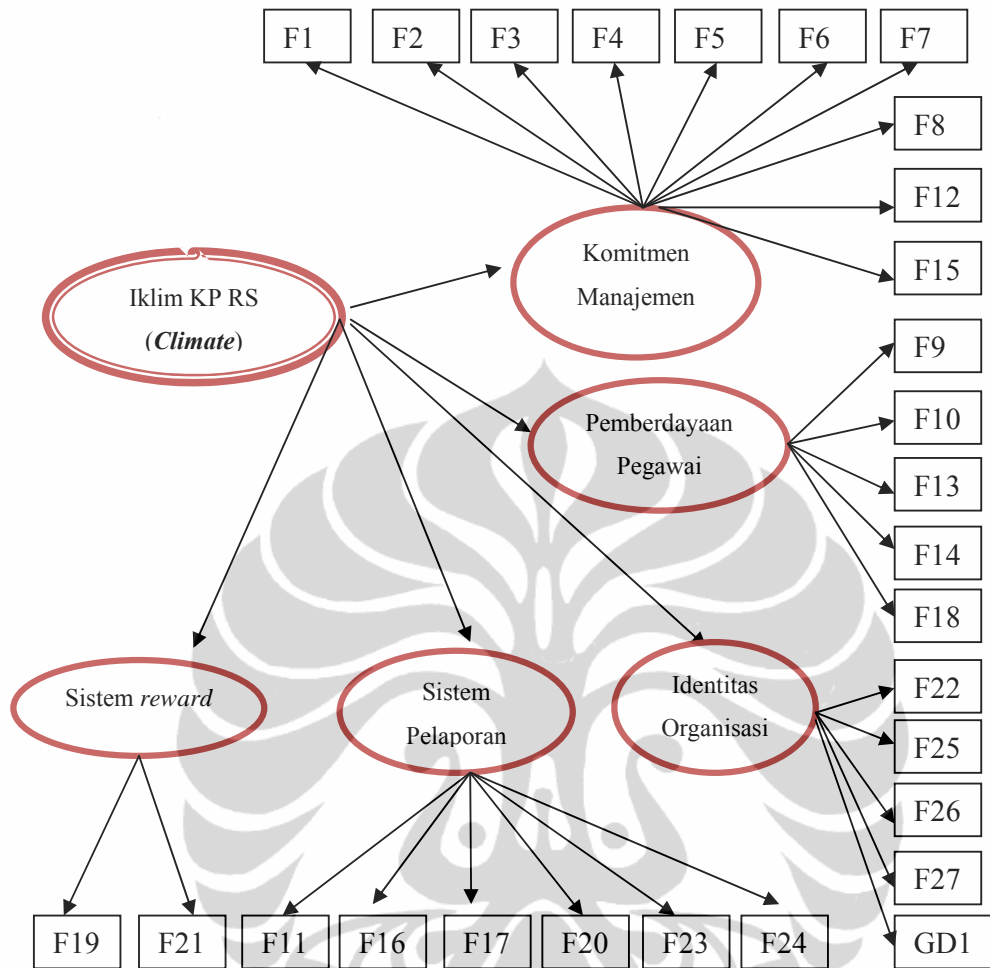
4) Sistem Reward (Sr)

Sistem *reward* adalah sistem yang menunjukkan cara-cara top manajemen memperkuat pegawai dalam berperilaku aman dan memperbaiki perilaku tidak aman (Shang Hwa, et al., 2009). Indikatornya adalah: Pegawai yang terlibat dalam kasus KP dilibatkan dalam analisis kasus untuk mencari solusinya tanpa merasa mendapat tekanan negatif (F19); RS memberikan penghargaan terhadap perilaku aman pegawai (F21).

5) Identitas Organisasi (Io)

Identitas organisasi adalah atribut-atribut yang mendasar, membedakan dan bertahan lama yang menghubungkan setiap individu untuk menjadi anggota organisasi (Shang, Hwa Shu. et al, 2009; Empson(2004) dikutip oleh Puusa & Tolvanen, 2006). Indikatornya meliputi: Pegawai di RS ini aktif dalam menjunjung nilai-nilai Islami dalam melayani pasien (F22); Pegawai di RS ini memiliki kebanggaan melayani pasien dengan aman sebagai bagian dalam pengabdian di organisasi Muhammadiyah (F25); Pegawai di RS ini mengutamakan keikhlasan dalam melayani pasien (GD1); Pegawai di RS ini berani melakukan upaya-upaya terjadinya penyimpangan pada proses pelayanan pasien (F26); Pegawai RS ini saling mengingatkan untuk melakukan upaya-upaya keselamatan pasien (F27).

Keseluruhan indikator di atas dapat digambarkan sebagai berikut:



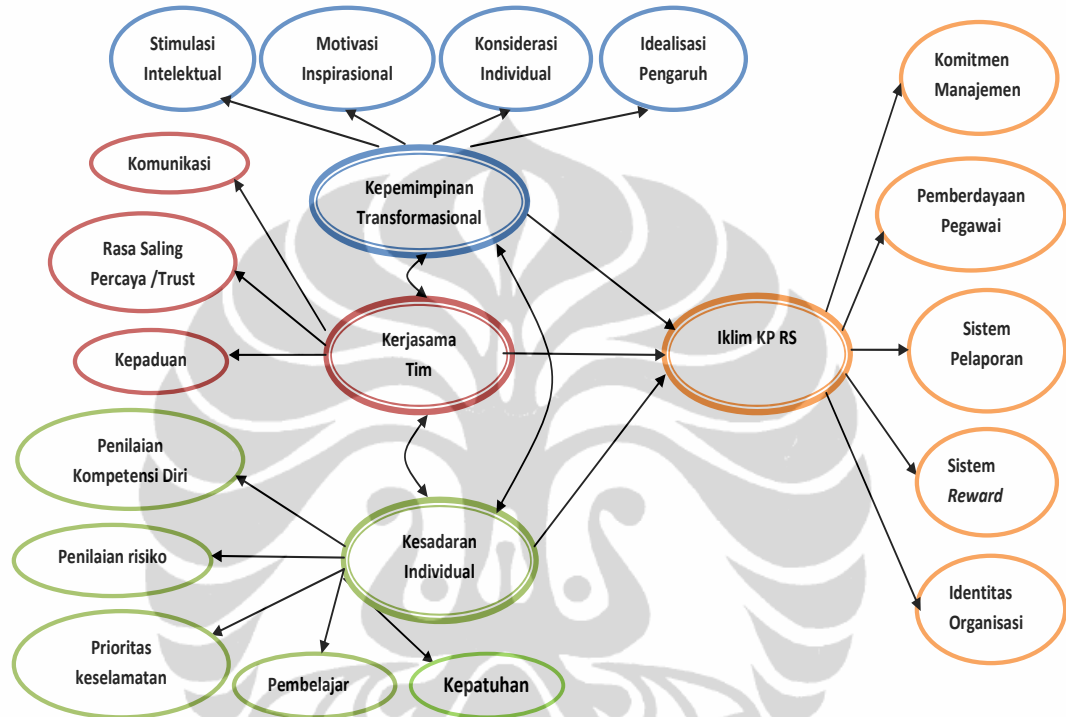
Gambar 3.7 Indikator Iklm KP RS (*Climate*)

3.2.5 Model Struktural Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien

Untuk menggambarkan model struktural pengukuran Iklim Keselamatan Pasien, maka yang digunakan adalah *Second order Confirmatory Factor Analysis (2ndCFA)*. Tingkat pertama adalah sebuah CFA yang menunjukkan hubungan antara variabel-variabel teramati/indikator-indikator dari variabel laten terkait. Pada tingkat kedua adalah sebuah CFA yang menunjukkan hubungan antara variabel-variabel laten pada tingkat pertama sebagai indikator-indikator dari sebuah variabel laten pada tingkat kedua.

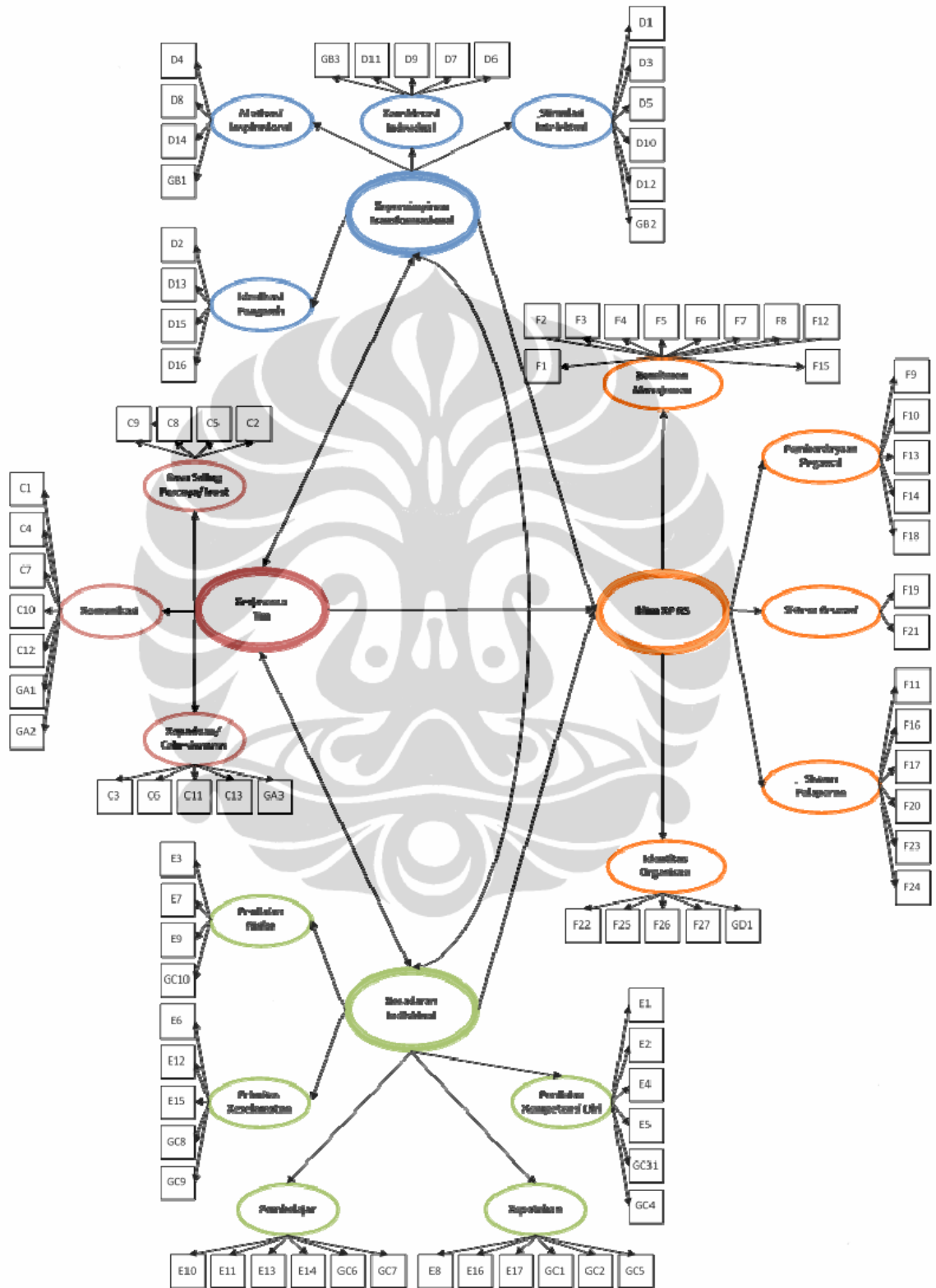
Untuk Model Konseptual Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah 'Aisyiyah dapat digambarkan sbb:

- Catatan : Sub-faktor atau dimensi dari variabel laten adalah juga variabel laten



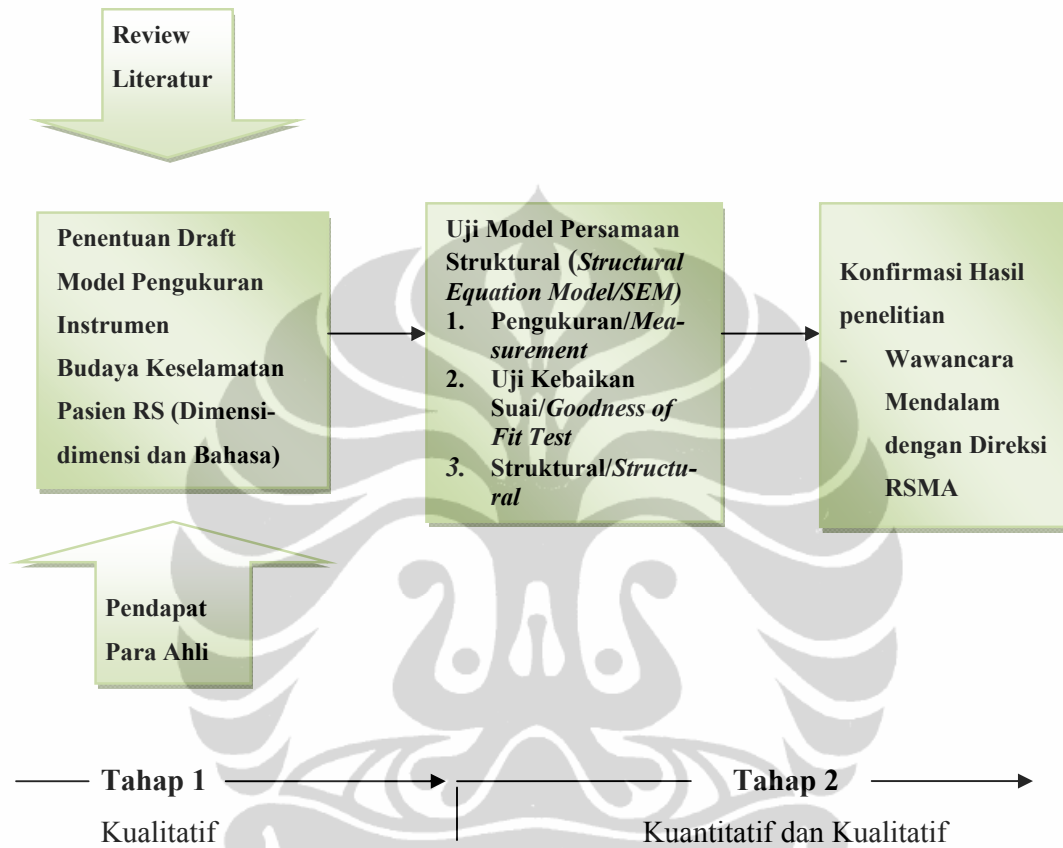
Gambar 3.8. Model Konseptual 2ndCFA Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien RS Muhammadiyah-'Aisyiyah

Gambar 3.9 Model Keseluruhan Iklim Keselamatan Pasien RSMA



3.3 Kerangka Analisis

Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini dikelompokkan dalam dua tahapan berikut:



Gambar 3.9 Kerangka Analisis Penelitian Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien RS Muhammadiyah 'Aisyiyah

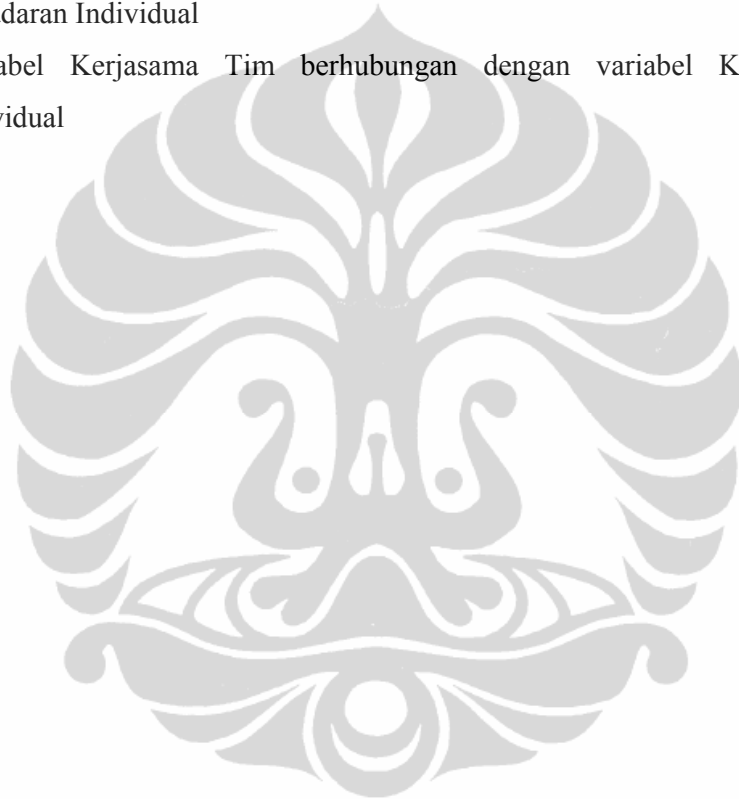
Konteks *confirmatory* digunakan agar SEM/program LISREL bekerja lebih baik dibanding *exploratory*. LISREL kurang “tepat” dan berguna untuk model konsep eksploratori (Joreskog & Sorbom dalam Ghazali & Fuad, 2008)

3.4 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah sebagai berikut:

1. Variabel Kepemimpinan Transformasional berpengaruh (positif) secara signifikan terhadap Iklim KP RS

2. Variabel Kerjasama Tim berpengaruh (positif) secara signifikan terhadap Iklim KP RS
3. Variabel Kesadaran Individual berpengaruh (positif) secara signifikan terhadap Iklim KP RS
4. Variabel Kepemimpinan Transformasional berhubungan dengan variabel Kerjasama Tim
5. Variabel Kepemimpinan Transformasional berhubungan dengan variabel Kesadaran Individual
6. Variabel Kerjasama Tim berhubungan dengan variabel Kesadaran Individual



3.5 Definisi Operasional

3.5.1 Variabel Dependen (Variabel laten endogen): Faktor Iklim Keselamatan Pasien di RS (*Climate*)

Tabel 3.1 Variabel Dependen (Variabel Laten Endogen)

No	Variabel Dependen	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
1.	Iklim Keselamatan Pasien RS (<i>Climate</i>)	Adalah suatu pola perilaku individu dan organisasi yang terintegrasi dan bersifat sementara berdasarkan keyakinan, nilai-nilai bersama yang terus menerus dicari untuk meminimalkan cedera/bahaya pada pasien yang terjadi dari proses pemberian layanan. (Kizer dalam Apsden et al., 2004, dikutip oleh Hellings, et al., 2007); mencakup komponen komitmen manajemen terhadap KP, pemberdayaan pegawai, sistem pelaporan, sistem <i>reward</i> dan identitas organisasi (McFadden et al, 2009 ; Shang Hwa, et al., 2009)	Persepsi umum responden tentang kondisi RS dalam aspek: komitmen manajemen, pemberdayaan pegawai, sistem pelaporan, sistem <i>reward</i> dan identitas organisasi terkait dengan KP	Ordinal	Kuesioner	Survey	1. Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata

Sub-Faktor Variabel Dependen

Tabel 3.2 Sub-Faktor Variabel Dependen (Variabel Laten Endogen)

No	Sub-Faktor	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
Iklm Keselamatan Pasien							
1.1	Komitmen Manajemen	Adalah komitmen top manajemen yang menunjukkan dukungan terhadap keselamatan, mencakup tersedianya sumberdaya yang memadai untuk mempromosikan dan memperbaiki keselamatan (modifikasi dari McFadden et al, 2009 ; Shang Hwa, et al., 2009)	Persepsi responden terhadap RS dalam menyediakan SDM, anggaran, sarana, struktur serta kebijakan yang memadai untuk mendukung KP di RS	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
1.2	Pemberdayaan Pegawai	Pemberdayaan pegawai menunjukkan sejauh mana organisasi mempertahankan akuntabilitas keselamatan (Shang Hwa, et al., 2009)	Persepsi responden terhadap peran RS dalam meningkatkan keaktifan pegawai RS untuk berpartisipasi dalam pertemuan, pelatihan dan dalam pengambilan keputusan tentang KP	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
1.3	Sistem Pelaporan	Sistem pelaporan adalah sistem yang mendukung	Persepsi responden terhadap dukungan RS terhadap	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥

No	Sub-Faktor	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
		kemauan pegawai untuk tanpa sungkan melaporkan isu-isu masalah keselamatan atau <i>error</i> secara terbuka (McFadden et al, 2009 ; Shang Hwa, et al., 2009)	pegawai RS dalam melaporkan isu-isu atau masalah KP tanpa merasa sungkan (malu-malu), merasa takut, atau merasa disalahkan.				Rerata
1.4	Sistem Reward	Sistem <i>reward</i> adalah sistem yang menunjukkan cara-cara top manajemen memperkuat pegawai dalam berperilaku aman dan memperbaiki perilaku tidak aman (Shang Hwa, et al., 2009)	Persepsi responden terhadap cara-cara yang dilakukan top manajemen RS dalam menghargai upaya pegawai untuk berperilaku aman dan memperbaiki perilaku tidak aman.	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
1.5	Identitas Organisasi	Identitas organisasi adalah atribut-atribut yang mendasar, membedakan dan bertahan lama yang menghubungkan setiap individu untuk menjadi anggota organisasi (Shang, Hwa Shu. et al, 2009; Empson(2004) dikutip oleh Puusa & Tolvanen, 2006)	Persepsi responden terhadap kondisi pegawai RS dalam menghubungkan dirinya dengan atribut organisasi Muhammadiyah sebagai bagian/anggota dari organisasi/RS tersebut (RS Muhammadiyah)	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata

3.5.2 Variabel Independen (Variabel Laten Eksogen) : Kepemimpinan Transformasional, Kerjasama Tim, Kesadaran Individual

Tabel 3.3 Variabel Independen (Variabel Laten Eksogen)

No	Variabel Independen	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
2.1.	Kepemimpinan Transformasional (Lead)	Kepemimpinan Transformasional) adalah kemampuan untuk menginspirasi dan memotivasi pengikut untuk mencapai hasil yang lebih besar dari yang semula direncanakan dan sebagai <i>self-rewarding</i> (internal) (Gibson et al, 2006)	Persepsi responden terhadap kemampuan top manajemen dalam aspek idealisasi pengaruh, motivasi inspirasional, stimulasi intelektual, dan konsiderasi individual, yang mempengaruhi terbentuknya budaya KP di RS	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
2.2.	Kerjasama Tim/ Teamwork (Team)	Kerjasama tim adalah kerja yang dilakukan oleh sekelompok orang yang lebih baik dari satu orang, yang menghasilkan kinerja superior (Lauve, Knox & Simpson dalam Youngberg & Hatlie, 2004)	Persepsi responden terhadap cirri-ciri yang dapat menjelaskan kinerja superior dalam tim yang efektif yaitu komunikasi, rasa saling percaya/trust, dan kepaduan (<i>Cohesiveness</i>) dalam unit kerja dan antar unit kerja yang ada di RS terkait dengan upaya KP di RS	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
2.3.	Kesadaran	Sikap aman/tidak aman di	Persepsi responden terkait	Ordi-	Kuesioner	Survey	1.Nilai <Rerata

No	Variabel Independen	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
	Individual (Indiv)	tingkat individu terhadap kondisi-kondisi laten yang mempengaruhi kejadian/insiden KP (modifikasi dari Matsubara et al., 2008)	dengan kondisi responden dalam penilaian kompetensi diri, penilaian terhadap risiko, kepatuhan, pembelajar, dan prioritas terhadap keselamatan pasien di RS	Ordinal			2: Nilai \geq Rerata

Sub Faktor - Variabel Independen

Tabel 3.4 Sub-Faktor Variabel Independen (Variabel Laten Eksogen)

No	Sub-Faktor	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
Kepemimpinan Transformasional (Lead)							
2.1.1.	Motivasi Inspirasional (Inspirational Motivation)	Perilaku pimpinan berupa menetapkan visi yang menarik, menggunakan argumen, dan menunjukkan optimisme dan antusiasme (Kreitner & Kinicki, 2007)	Persepsi responden terhadap upaya top manajemen RS dalam meningkatkan motivasi intrinsik, orientasi prestasi, dan mengejar goal/target dalam upaya keselamatan pasien	Ordinal	Kuesioner	Survey	1. Nilai < Rerata 2: Nilai \geq Rerata
2.1.2.	Idealisasi Pengaruh (Idealized Influence)	Perilaku pimpinan yang mencakup pengorbanan bagi kebaikan kelompok, menjadi teladan, dan menunjukkan	Persepsi responden terhadap upaya top manajemen RS dalam menjadi teladan terkait dengan keselamatan pasien, menimbulkan respek dan	Ordinal	Kuesioner	Survey	1. Nilai < Rerata 2: Nilai \geq Rerata

No	Sub-Faktor	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
		standard etika yang tinggi (Kreitner & Kinicki, 2007)	kepercayaan pegawai kepada pemimpin				
2.1.3.	Konsiderasi Individual (Individualized Consideration)	Perilaku pimpinan yang berupa memberikan perhatian secara pribadi, memperlakukan setiap pegawai secara pribadi, memberikan dukungan, keberanian, memberdayakan, dan melatih dan memberi saran (Robbins, 2003; Kreitner & Kinicki, 2007)	Persepsi responden terhadap upaya top manajemen RS dalam memberikan perhatian pribadi kepada pegawai; memperlakukan pegawai secara pribadi; memberi dukungan, memberdayakan, melatih dan/atau memberi nasihat khususnya dalam hal-hal terkait keselamatan pasien di RS	Ordinal	Kuesioner	Survey	1. Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
2.1.4.	Stimulasi Intelektual (Intellectual Stimulation)	Perilaku pimpinan berupa menimbulkan keberanian pegawai untuk bertanya tentang <i>status quo</i> , mencari solusi yang rasional, hati-hati, inovatif, dan kreatif bagi masalah organisasi (Robbins, 2003; Kreitner & Kinicki, 2007; Gibson et al, 2006)	Persepsi responden terhadap upaya top manajemen RS dalam menimbulkan keberanian pegawai untuk bertanya tentang <i>status quo</i> , mencari solusi yang rasional, hati-hati, inovatif, kreatif bagi masalah organisasi dalam membangun budaya keselamatan pasien	Ordinal	Kuesioner	Survey	1. Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata

No	Sub-Faktor	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
Kerjasama Tim / <i>Teamwork</i> (Team)							
2.2.1.	Komunikasi	Sikap aman/tidak aman di tingkat unit kerja terhadap keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang <i>error</i> (modifikasi Handler et.al, 2006 dan Matsubara et al., 2008)	Persepsi responden tentang kondisi di unit kerja sekarang dalam hal kejelasan alur komunikasi terkait KP di dalam unit kerja dimana responden sedang bertugas, komunikasi antar unit kerja, dan komunikasi dengan melibatkan pasien yang ada di RS	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
2.2.2.	Rasa saling percaya/<i>Trust</i>	<i>Trust</i> adalah harapan/ekspektasi positif bahwa pihak lain-melalui perkataan, tindakan, keputusannya- tidak akan bertindak oportunistik, yang mencakup dimensi integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas, keterbukaan (Robbins, 2003)	Persepsi responden tentang kondisi unit kerja sekarang dalam hal harapan positif bahwa pegawai memiliki integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas dan keterbukaan dalam melakukan upaya KP	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
2.2.3.	Kepaduan (<i>Cohesiveness</i>)	Kepaduan adalah suatu proses dimana kebersamaan (" <i>we-ness</i> ") melebihi perbedaan dan motivasi individual, yang mencakup kepaduan secara sosial-emosional dan instrumental (Kreitner	Persepsi responden tentang kondisi unit kerja sekarang dalam hal kepaduan unit kerja secara sosial-emosional dan instrumental dalam menerapkan upaya KP	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata

No	Sub-Faktor	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
		&Kinicki, 2007)					
Kesadaran Individual (Indiv)							
2.3.1.	Kepatuhan	Sikap aman/tidak aman pegawai terkait dengan kepatuhannya terhadap prosedur atau aturan keselamatan pasien (Matsubara et al., 2008)	Persepsi responden terhadap kepatuhannya terhadap aturan dan prosedur KP di RS	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
2.3.2.	Penilaian Kompetensi Diri	Sikap aman/tidak aman pegawai terkait dengan keyakinannya terhadap kompetensi dirinya (pengetahuan, ketrampilan) dalam praktek keselamatan (modifikasi dari Flin et al, 2007; Matsubara et al., 2008 dan Shang, Hwa Shu.et al, 2009)	Persepsi responden terhadap keyakinan akan kompetensi dirinya (pengetahuan, ketrampilan dan pelatihan) dalam upaya keselamatan pasien di RS	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
2.3.3.	Pembelajar	Sikap aman/tidak aman pegawai untuk belajar meningkatkan perhatian dan pemahaman tentang keselamatan dan <i>error</i> (Mc Fadden et al., 2009; Ginsburg et al, 2008)	Persepsi responden terhadap tindakannya/motivasinya dalam belajar tentang KP atau <i>error</i> di RS	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
2.3.4.	Penilaian risiko	Sikap pegawai untuk menilai risiko (Flin, 2007)	Persepsi responden terhadap upaya-upaya yang dilakukannya dalam menilai risiko saat memberikan pelayanan kepada pasien	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai < Rerata 2: Nilai ≥ Rerata
2.3.5.	Prioritas	Prioritas keselamatan	Persepsi responden dalam	Ordinal	Kuesioner	Survey	1.Nilai

No	Sub-Faktor	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
	keselamatan	menunjukkan sistem nilai dari pegawai dalam mempertimbangkan antara keselamatan dan efisiensi produktif (Shang, Hwa Shu. et al, 2009)	kemampuannya untuk menilai antara keselamatan pasien dengan pendekatan efisiensi/produktif.				<Rerata 2: Nilai \geq Rerata

3.6 Spesifikasi Alat Ukur/*Blue Print*/Kisi-Kisi

Tabel 3.5 Spesifikasi Alat Ukur/ *Blue Print*/Kisi-Kisi

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
Variabel Kepemimpinan Transformasional (<i>Lead</i>)			
Stimulasi Intelektual	Persepsi responden terhadap frekuensi upaya top manajemen RS dalam menimbulkan keberanian pegawai untuk bertanya tentang <i>status quo</i> , mencari solusi yang rasional, hati-hati, inovatif, kreatif bagi masalah organisasi	Menurut saudara, seberapa sering pimpinan/manajemen RS (CEO/Direktur dan Wakil Direktur) dalam: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong pegawai untuk kreatif menyelesaikan masalah keselamatan pasien yang ada 2. Mendorong pegawai untuk memecahkan masalah keselamatan pasien dengan rasional 3. Mendorong pegawai dalam mencari cara-cara yang baru/inovatif terkait keselamatan pasien 	1 : tidak pernah (<i>not at all</i>) 2 : jarang sekali (<i>once in a while</i>) 3 : kadang-kadang (<i>sometimes</i>) 4 : sering (<i>fairly often</i>) 5 : hampir selalu (<i>frequently, if not often</i>)

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
		4. Mendorong pegawai menyelesaikan permasalahan keselamatan pasien secara hati-hati 5. Mendorong pegawai untuk merasa puas dengan kondisi keselamatan pasien yang ada *	
Motivasi Inspirasional	Persepsi responden terhadap frekuensi upaya top manajemen RS dalam meningkatkan motivasi intrinsik, orientasi prestasi, dan mengejar <i>goal/target</i>	Menurut saudara, seberapa sering CEO pimpinan/manajemen RS dalam: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong komitmen pegawai untuk melakukan yang terbaik dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan aman 2. Membangkitkan semangat kerja pegawai untuk berprestasi dalam upaya keselamatan pasien 3. Mendorong pegawai untuk meningkatkan kualitas upaya keselamatan pasien 4. Mendorong pegawai untuk menghasilkan kinerja keselamatan pasien apa adanya* 	1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu
Konsiderasi Individual	Persepsi responden terhadap frekuensi upaya top manajemen RS dalam memberikan perhatian pribadi kepada pegawai; memperlakukan pegawai secara pribadi; memberi dukungan, memberdayakan, melatih dan/atau	Menurut saudara, seberapa sering CEO pimpinan/manajemen RS dalam : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan perhatian yang baik kepada pegawai dalam melakukan upaya keselamatan pasien 2. Menggali potensi pegawai dalam 	1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
	memberi nasihat.	melakukan pelayanan kepada pasien dengan aman 3. Memberi dukungan kepada pegawai untuk menyelesaikan pelayanan pasien dengan baik 4. Memperhatikan masalah pribadi selain masalah pekerjaan 5. Mendorong pegawai untuk menyelesaikan masalah pelayanan kepada pasien tanpa bantuan pimpinan*	
Idealisasi Pengaruh	Persepsi responden terhadap frekuensi upaya top manajemen RS dalam menjadi teladan, menimbulkan respek dan kepercayaan pegawai kepada pemimpin	Menurut saudara, seberapa sering CEO pimpinan/manajemen RS dalam : 1. Menunjukkan etika yang tinggi dalam proses pelayanan kepada pasien yang aman 2. Menjadi model keteladanan dalam upaya keselamatan pasien 3. Menunjukkan dedikasi yang tinggi dalam meningkatkan keselamatan pasien 4. Tidak mempunyai waktu untuk melakukan sosialisasi keselamatan pasien*	1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu
Variabel Kerjasama Tim (Team)			
Komunikasi	Persepsi responden tentang kondisi di unit	Menurut saudara, seberapa sering terjadi	

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
	<p>kerja sekarang dalam frekuensi terjadinya alur komunikasi yang baik terkait KP di dalam unit kerja, komunikasi yang baik antar unit kerja RS, dan komunikasi yang baik dengan melibatkan pasien/keluarga pasien</p> <p>Catatan : Penyampai –penerima: -sama, pesan tersampaikan dg baik -bentuk : lisan, tulisan, verbal, non verbal, langsung, tidak langsung, satu arah dan dua arah</p>	<p>hal-hal berikut ini di unit kerja saudara sekarang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terjadi diskusi yang terbuka yang melibatkan pasien/keluarga pasien tentang isu-isu keselamatan pasien 2. Terjadi diskusi terbuka antar pegawai satu unit kerja dalam melayani pasien dengan aman 3. Informasi tertulis(dalam bentuk poster, leaflet, dsb) tentang risiko-risiko keselamatan pasien dapat mudah dipahami 4. Terjadi salah pengertian di antara pegawai dalam proses layanan kesehatan kepada pasien* 5. Pegawai memberikan informasi dengan jelas tentang pelayanan kesehatan yang diberikan 6. Pegawai berani berbicara jika mereka melihat suatu kejadian yang salah(assertivitas) 7. Pesan tertulis/memo rekan satu unit yang disampaikan dalam proses layanan kesehatan kepada pasien dapat dipahami 8. Terjadi diskusi terbuka antar unit kerja RS dalam melayani pasien 	<p>1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu</p>

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
		<p>dengan aman</p> <p>9. Pesan tertulis/memo antar unit yang disampaikan dalam proses layanan kesehatan kepada pasien dapat dipahami</p> <p>10. Birokrasi yang rumit menyebabkan komunikasi antar unit yang tidak baik *</p>	
Rasa saling percaya/Trust	Persepsi responden tentang kondisi unit kerja sekarang dalam hal frekuensi adanya harapan positif bahwa pegawai memiliki integritas <i>walk a talk</i> , kompetensi, konsistensi, loyalitas dan keterbukaan.	<p>Dalam unit kerja saudara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya keyakinan bahwa setiap pegawai mempunyai kompetensi yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan 2. Adanya keyakinan bahwa setiap pegawai percaya terhadap kejujuran pegawai lainnya 3. Adanya keyakinan bahwa setiap pegawai tidak-konsisten antara ucapan dan perbuatan pegawai* 4. Adanya keyakinan bahwa setiap pegawai memiliki loyalitas terhadap organisasi 5. Adanya keyakinan bahwa setiap pegawai menyampaikan kebenaran secara utuh 	<p>1 : tidak pernah</p> <p>2 : jarang sekali</p> <p>3 : kadang-kadang</p> <p>4 : sering</p> <p>5 : hampir selalu</p>
Kepaduan /Cohesiveness	Persepsi responden tentang kondisi unit kerja sekarang dalam hal frekuensi	<p>Di dalam unit kerja saya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontribusi setiap pegawai dikenal 	1 : tidak pernah

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
	adanya kepaduan unit kerja secara sosial-emosional (kebersamaan berdasarkan pada kepuasan emosional dari partisipasi kelompok) dan instrumental (kebersamaan berdasarkan kebutuhan ketergantungan yang saling menguntungkan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan)	<p>dan dihargai</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memberikan setiap pegawai bagian yang penting dari suatu kegiatan 3. Mengingatkan bahwa setiap pegawai saling membutuhkan satu sama lain untuk menyelesaikan pekerjaan 4. Seluruh staf maupun pimpinan di unit ini bekerja bersama-sama untuk menjamin kondisi bekerja yang seaman mungkin 5. Terjadi kekompakan dalam unit untuk menjamin pelayanan kesehatan yang aman 6. Masing-masing pegawai di unit kerja ini tidak bekerjasama dengan baik dalam menghasilkan pelayanan yang aman bagi pasien* 	<p>2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu</p>
Variabel : Kesadaran Individual			
Indikator	Definisi Operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
Penilaian kompetensi diri	Persepsi responden terhadap frekuensi adanya keyakinan akan kompetensi dirinya (pengetahuan, ketrampilan) dalam upaya keselamatan pasien di RS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saya melakukan tindakan yang tepat dalam mengidentifikasi suatu kesalahan yang serius. 2. Saya mempunyai kemampuan dalam menganalisis risiko KP 3. Saya tidak dapat membuat pelaporan 	<p>1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu</p>

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
		insiden dengan baik* 4.Saya memberikan masukan untuk perbaikan program keselamatan pasien 5.Pengetahuan saya tentang analisis risiko dalam pelayanan pasien tidak memadai* 6.Saya memiliki pengetahuan yang memadai tentang pelaporan insiden	
Kepatuhan	Persepsi responden terhadap frekuensi kepatuhannya terhadap aturan dan prosedur KP di RS	1.Saya menjalankan aturan keselamatan pasien yang ada 2.Saya mematuhi langkah-langkah prosedur keselamatan pasien selama waktu melayani pasien 3.Tidak masalah melakukan jalan pintas terhadap prosedur keselamatan pasien agar pekerjaan saya lebih cepat selesai* 4.Saya sulit mengikuti aturan keselamatan pasien* 5.Saya bekerja sesuai dengan pedoman KP	1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu
Pembelajar	Persepsi responden terhadap frekuensi tindakannya/motivasinya untuk belajar tentang KP atau error di RS	1.Saya terlibat aktif dalam pelatihan-pelatihan tentang KP 2.Saya hadir dengan sukarela dalam pertemuan-pertemuan yang membahas tentang isu-isu KP 3.Merupakan prioritas bagi saya untuk mempelajari langkah-langkah meminimalkan kesalahan saat melayani	1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
		pasien 4. Penting bagi saya untuk mempelajari cara-cara untuk memperbaiki pelayanan kepada pasien dengan aman. 5. Setelah melakukan perubahan untuk memperbaiki kesalahan, saya mengevaluasi keefektifannya. 6. Kesalahan merupakan peluang pembelajaran bagi saya	
Prioritas terhadap keselamatan	Persepsi pegawai dalam frekuensi tindakannya dalam mempertimbangkan antara keselamatan pasien dan pertimbangan efisiensi atau profit	1. Saya punya cukup waktu untuk memberikan pelayanan yang aman bagi pasien 2. Saya mempertimbangkan keselamatan pasien jika ada perubahan program/proses layanan 3. Saya mempertimbangkan isu-isu KP jika ada peralatan/sarana yang baru 4. Saya melakukan tindakan yang kurang aman untuk menghemat waktu* 5. Saya lebih mengutamakan tindakan yang meningkatkan keuntungan RS* 6. Saya lebih mengutamakan keselamatan pasien meskipun berdampak pada peningkatan biaya	1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
Variabel : Iklim Keselamatan Pasien (KP) RS			
Dukungan Manajemen	Persepsi responden terhadap frekuensi upaya RS dalam menyediakan SDM, Anggaran, Sarana, Struktur, Pedoman/Manual serta Kebijakan yang memadai untuk mendukung KP di RS	1.RS menyediakan sumberdaya manusia yang memadai untuk memberikan layanan pasien yang aman 2.RS menyediakan anggaran yang memadai untuk memberikan layanan pasien yang aman 3.RS menyediakan sarana yang memadai untuk memberikan layanan pasien yang aman 4.Kekurangan sdm yang memadai sering kami alami selama melayani pasien* 5.Banyak sarana yang kurang memadai di RS ini* 6.Alokasi anggaran untuk upaya keselamatan pasien tidak mencukupi* 7.RS melibatkan Komite Khusus untuk KP di dalam struktur organisasi 8.RS menginformasikan adanya kebijakan-kebijakan tentang KP kepada pegawai dengan berbagai media atau kegiatan 9.Tersedia Pedoman-pedoman KP di RS 10.Kebijakan tertulis tentang KP tidak disosialisasikan oleh pimpinan	1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu
Pemberdayaan	Persepsi responden terhadap frekuensi	1.RS menyediakan pelatihan atau seminar	

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
pegawai	peran RS dalam meningkatkan keaktifan pegawai RS untuk berpartisipasi dalam pertemuan, pelatihan dan dalam pengambilan keputusan tentang KP	khusus tentang keselamatan pasien 2.RS mendorong pegawainya untuk menghadiri pelatihan atau seminar tentang KP 3.Pegawai diajarkan untuk mewaspadaai dan mengenali potensi-potensi bahaya saat bekerja 4.Pegawai diberi kesempatan untuk mendapatkan pelatihan KP yang sesuai dengan yang ia butuhkan. 5.Pegawai didorong untuk memberikan saran dan kritik untuk perbaikan upaya KP di RS	1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu
Sistem Pelaporan	Persepsi responden terhadap frekuensi adanya dukungan RS terhadap pegawai RS dalam melaporkan isu-isu atau masalah KP tanpa merasa sungkan (malu-malu), merasa takut, atau merasa disalahkan.	1.Di RS ini terdapat komite KP yang terbuka menerima laporan tentang isu-isu KP 2.Penyelidikan/investigasi terhadap isu-isu KP didiskusikan rutin di pertemuan-pertemuan setiap unit/bagian di RS 3.Pelaporan masalah terkait KP akan menghasilkan tekanan yang negatif terhadap orang yang melaporkan* 4. Pegawai yang terlibat dalam kasus KP melaporkan kasusnya dengan cepat dan mudah kepada Komite KP RS 5. Kesalahan-kesalahan dalam pelayanan kepada pasien banyak yang tidak	1 : tidak pernah 2 : jarang sekali 3 : kadang-kadang 4 : sering 5 : hampir selalu

Indikator	Definisi operasional	Butir pernyataan	Skala (Rating Scale)
		<p>dilaporkan*</p> <p>6. Banyak kasus-kasus kesalahan yang tidak ditindaklanjuti oleh RS*</p>	
Sistem Reward	Persepsi responden terhadap frekuensi dilakukannya cara-cara oleh top manajemen RS (Direktur dan Wadir RS) dalam menghargai upaya pegawai untuk berperilaku aman dan memperbaiki perilaku tidak aman.	<p>1. Pegawai yang terlibat dalam kasus KP dilibatkan dalam analisis kasus untuk mencari solusinya tanpa merasa mendapat tekanan negatif</p> <p>2. RS memberikan penghargaan terhadap perilaku aman pegawai</p>	<p>1 : tidak pernah</p> <p>2 : jarang sekali</p> <p>3 : kadang-kadang</p> <p>4 : sering</p> <p>5 : hampir selalu</p>
Identitas Organisasi	Persepsi responden terhadap frekuensi adanya keinginan pegawai RS dalam mengidentifikasi dirinya sebagai bagian/anggota dari organisasi/RS tersebut (RS Muhammadiyah) berdasarkan atribut-atribut organisasi (Muhammadiyah)	<p>1. Pegawai di RS ini aktif dalam menjunjung nilai-nilai Islami dalam melayani pasien</p> <p>2. Pegawai di RS ini memiliki kebanggaan melayani pasien dengan aman sebagai bagian dalam pengabdian di organisasi Muhammadiyah</p> <p>3. Pegawai di RS ini umumnya lebih pada tujuan mencari nafkah dibandingkan keikhlasan dalam melayani pasien*</p> <p>4. Pegawai di RS ini berani melakukan upaya-upaya terjadinya penyimpangan pada proses pelayanan pasien</p> <p>5. Pegawai RS ini saling mengingatkan untuk melakukan upaya-upaya keselamatan pasien</p>	<p>1 : tidak pernah</p> <p>2 : jarang sekali</p> <p>3 : kadang-kadang</p> <p>4 : sering</p> <p>5 : hampir selalu</p>

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif untuk mendapatkan instrumen pengukuran budaya keselamatan pasien di RS Muhammadiyah-'Aisyiyah beserta analisis psikometriknya. Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut:

- **Tahap pertama penelitian:** Tahap pengembangan model instrumen pengukuran budaya KP RS, dengan indikator pencapaian adalah variabel-variabel yang membangun dimensi-dimensi (konstruk) dari budaya KP RS. Untuk pengembangan instrumen, dilakukan beberapa langkah yaitu: Pertama, pendekatan kualitatif dilakukan untuk validitas isi (*Content validity*) terhadap dimensi-dimensi kunci budaya KP, berdasarkan berbagai studi literatur/referensi, wawancara dengan para ahli/profesional RS, umumnya di Indonesia dan khususnya di RS Muhammadiyah-'Aisyiyah.

Kedua, pendekatan kuantitatif dilakukan terhadap draft awal. CFA menguji kesesuaian dari suatu model yang sudah mengajukan sejumlah faktor tertentu dan menentukan butir-butir spesifik yang mengukur atau *load* terhadap setiap faktor. Semua interpretasi dari faktor-faktor, berdasarkan *loading*, harus divalidasi terhadap kriteria eksternal (Kline, 1994)

- **Tahap ke-dua penelitian**, untuk menguji model struktural pengukuran Budaya KP, melalui analisis *Structural Equation Model* (SEM).
- **Tahap ke-tiga penelitian**, melakukan konfirmasi terhadap hasil penelitian melalui wawancara mendalam dengan Direksi RSMA

Jenis penelitian kuantitatif yang digunakan adalah potong-lintang (*cross-sectional*), yang direncanakan dilakukan di RS Muhammadiyah-'Aisyiyah di DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah dan Yogyakarta, serta Jawa Timur, dengan subyek penelitian adalah semua tenaga kesehatan

profesional di RS (manajer, perawat, ahli terapi, teknisi, farmasi dan dokter, dsb).

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di beberapa RS Muhammadiyah 'Aisyiyah di provinsi di P Jawa, yaitu DKI Jakarta (diwakili RS Islam Cempaka Putih), Jawa Barat (diwakili RS Muhammadiyah Bandung), Daerah Istimewa Yogyakarta (diwakili RSM PKU Yogya), Jawa Tengah (diwakili RSM Rumani Semarang), dan Jawa Timur (diwakili RS Aisyiyah Ponorogo). Lama penelitian ini adalah sekitar 12 bulan, sekitar bulan Januari-Desember 2011 (mencakup kegiatan studi literatur, presentasi awal proposal, proses diskusi butir kuesioner, penyebaran kuesioner, pengumpulan kuesioner, pengolahan dan analisis data, penyajian data, konfirmasi hasil penelitian, penyusunan laporan).

4.3 Populasi dan Sampel

Untuk survey yang dilakukan, populasi adalah seluruh pegawai RS (perawat, teknisi, ahli terapi, staf farmasi, dokter, tenaga administrasi, dsb) yang bekerja di RS Muhammadiyah- 'Aisyiyah tersebut di atas, tidak termasuk Direktur dan Wakil Direktur RS (kriteria eksklusi, karena mereka akan termasuk yang dinilai oleh responden).

Pengambilan sampel dilakukan secara, dimana responden dipilih acak (dengan pengundian) dari beberapa RS yang mewakili RS Muhammadiyah dan RS 'Aisyiyah di Pulau Jawa dan bersedia terlibat dalam penelitian ini, dengan mempertimbangkan jumlah sampel minimal untuk model SEM dan keterwakilan unit-unit yang umumnya ada di RS. Menurut Sabarguna (2005) unit pelayanan di RS secara garis besar meliputi :

- 1) Gawat Darurat
- 2) Rawat Jalan
- 3) Rawat Inap
- 4) Pusat Diagnostik
- 5) Sentra Kamar Operasi
- 6) Pelayanan Intensif

- 7) Pendukung Medis
- 8) Administrasi dan Manajemen

Analisis faktor yang dilakukan sangat tergantung pada ukuran sampel. Ukuran sampel yang tradisional adalah 10-15 subyek per-variabel (Nunnally, 1994, dalam S.-H. Lin et al., 2008). Adapun Klein (2005) menyatakan bahwa:

- 1) Jumlah sampel untuk teknik SEM tidak mempunyai ketentuan baku. Tetapi, lebih kompleks model (parameter lebih banyak), lebih banyak sampel yang dibutuhkan. Dalam literatur, tidak ada standard absolut terkait hubungan antara ukuran sampel dengan kompleksitas model. Rekomendasinya adalah: target yang diinginkan adalah mendapatkan rasio antara jumlah kasus dengan jumlah parameter bebas adalah 20 : 1; target yang lebih realistik adalah 10 : 1. Jadi, jika ada 20 parameter, maka minimum ukuran sampel adalah 200. Jika kasus/parameter kurang dari 5 : 1, maka ketelitian statistik dari hasil penelitian mungkin diragukan.
- 2) Hasil simulasi komputer menunjukkan hasil yang tidak tepat dan tidak konvergen jika model CFA hanya mempunyai dua indikator untuk setiap faktor dan jumlah sampel kurang dari 150-200 kasus. Seperti SEM, untuk model CFA, jumlah sampel minimum dengan rasio kasus/parameter adalah 20 : 1 atau 10 : 1. Dan indikator sekurangngnya tiga per-faktor, terutama jika jumlah sampel kecil. Jika sampel kecil, maka salah satu cara yang disarankan adalah menggunakan indikator dengan *factor loading* yang relatif tinggi, misal >0.6.

Salah satu kelemahan penggunaan model persamaan struktural umumnya akan sesuai dengan ukuran sampel sangat besar, karena kebutuhannya secara teoritis bahwa metode penaksiran kemungkinan maksimum (*maximum likelihood*) dan uji kesesuaian (*fit*) model didasarkan pada asumsi sampel besar. Jöreskog dan Sörborn (1988, hal.32) yang dikutip oleh Bachrudin & Tobing (2003), menyatakan bahwa hubungan antara banyaknya variabel dan ukuran sampel minimal dalam model persamaan struktural adalah:

Tabel 4.1 Ukuran Sampel Minimal dengan Banyaknya Variabel

Banyaknya variabel	Ukuran sampel minimal
3	200

Banyaknya variabel	Ukuran sampel minimal
5	200
10	200
15	360
20	630
25	975
30	1395

Rule of thumb banyaknya responden yang diperlukan untuk estimasi menggunakan *Maximum Likelihood* minimal adalah 5 responden untuk setiap variabel teramati. Mengingat variabel teramati/indikator pada model *2nd order CFA* penelitian ini setiap pernyataan kuesioner adalah sebuah variabel teramati, maka ada 101 variabel teramati. Sehingga ukuran sampel yang diperlukan minimal adalah $5 \times 101 = 505$. Kriteria sampel minimal dipenuhi, karena total jumlah terakhir responden yang berhasil terkumpul adalah **936** sampel, yang juga mempertimbangkan proporsional masing-masing RS dan unit-unit yang ada di dalam masing-masing RS.

Berdasarkan data total jumlah pegawai yang ada di masing-masing RS, diperoleh data sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Jumlah Sampel di RSMA

Nama RS	Jumlah Pegawai	Jumlah Sampel (proporsional)
RSI CEMPAKA PUTIH, DKI JAKARTA	1378	657
RSM BANDUNG, JABAR	509	243
RS ROEMANI SEMARANG, JATENG	456	218
RSM PKU YOGYA, DIY	519	248
RSA PONOROGO JATIM	282	135
Total	3144	1500
Sampel	1500	

Sumber: Lampiran Data Primer

Adapun secara rinci jumlah sampel agar terwakili tiap-tiap unit/bagian yang ada di RS adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Sampel RSI Cempaka Putih dan RSM Bandung

PROGRAM	RSICEMPAKA PUTIH JKT		RSM BANDUNG	
	Populasi	Sampel Prop.	Populasi	Sampel Prop.
GAWAT DARURAT	46	22	19	9
RAWAT JALAN	214	102	46	22
RAWAT INAP	438	209	164	78
PUSAT DIAGNOSTIK	64	31	35	17
SENTRA KAMAR	80	38	22	10
OPERASI				
PELAYANAN	94	45	19	9
INTENSIF				
PENDUKUNG MEDIK	226	108	122	58
ADM & MANAJEMEN	216	103	82	39
TOTAL	1378	657	509	243

Sumber: Lampiran Data Primer

Tabel 4.4 Distribusi Sampel RS Roemani Semarang dan RSM PKU Yogyakarta

PROGRAM	RS ROEMANI SMRG		RSM PKU YOGYA	
	Populasi	Sampel Prop.	Populasi	Sampel Prop.
GAWAT DARURAT	14	7	16	8
RAWAT JALAN	30	14	48	23
RAWAT INAP	119	57	150	72
PUSAT DIAGNOSTIK	26	12	30	14
SENTRA KAMAR	35	17	35	17
OPERASI				
PELAYANAN	27	13	16	8
INTENSIF				
PENDUKUNG MEDIK	104	50	109	52
ADM & MANAJEMEN	101	48	115	55
TOTAL	456	218	519	248

Sumber: Lampiran Data Primer

Tabel 4.5 Distribusi Sampel RSA Ponorogo Jawa Timur

PROGRAM	RSA PONOROGO	
	Populasi	Sampel Prop.
GAWAT DARURAT	11	5
RAWAT JALAN	41	20
RAWAT INAP	89	42
PUSAT DIAGNOSTIK	7	3
SENTRA KAMAR	13	6
OPERASI		
PELAYANAN	9	4
INTENSIF		
PENDUKUNG MEDIK	58	28
ADM & MANAJEMEN	54	26
TOTAL	282	135

Sumber: Lampiran Data Primer

Setelah dilakukan penyebaran kuesioner, maka diperoleh jumlah kuesioner yang terkumpul berikut jumlah kuesioner yang “bersih” (tidak ada *missing* data):

Tabel 4.6 Distribusi Jumlah Kuesioner yang Terkumpul

Nama RS	Jumlah Sampel (proporsional)	Jumlah kuesioner yang terkumpul		Jumlah kuesioner yang bersih (tidak ada <i>missing</i> data)	
		Jml	%	Jml	%
RSI CEMPAKA PUTIH JKT	657	444	67.58	335	50.99
RSM BANDUNG	243	224	92.18	170	69.96
RS ROEMANI SMRG	218	167	76.61	129	59.17
RSM PKU YOGYA	248	234	94.35	184	74.19
RSA PONOROGO	135	129	95.55	118	87.41
Total	1500	1198	79.87	936	62.40

Sumber: Lampiran Data Primer

Dari tabel di atas dapat diketahui tingkat respon yang baik dari masing-masing RS yang menjadi sampel (di atas 50%) maupun secara total. Secara

keseluruhan **tingkat respon** adalah **79,87% (Baik)**, sedangkan **kuesioner yang bersih (no missing data)** pun mencapai **62,40% (Baik)**.

4.4 Informan Penelitian

Pada tahap akhir penelitian, dilakukan wawancara mendalam dengan beberapa Direksi RSMA untuk konfirmasi hasil penelitian model pengukuran iklim KP di RSMA. Adapun yang menjadi informan penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 4.7 Nama Informan Wawancara Mendalam (Direksi RSMA)

No	Nama RSMA	Nama Informan	Jabatan
1a	RSMuhammadiyah Bandung	Drs. H. Agus Kusnadi	Direktur Administrasi dan Keuangan
2a	RS Islam Cempaka Putih Jakarta	dr. Prastowo Sidi Pramono, Sp.A	Direktur Utama
3a	RS Rumani Semarang	dr. Sulthoni, MKes	Direktur Pelayanan Medik
4a	RS Aisyiyah Ponorogo	dr. Hj. Rini Krisnawati, MARS	Direktur Utama
5a	RS PKU Yogyakarta	dr. Joko Murdiyanto, Sp.A	Direktur Pelayanan Medik

4.5 Teknik Pengumpulan Data

Sumber data, instrumen dan cara pengumpulan data dalam penelitian ini sebagai berikut:

- a) Data primer, untuk data terkait faktor organisasi (gaya kepemimpinan, dukungan, sumberdaya (manusia, sarana, anggaran, prosedur dan aturan), faktor unit kerja (kerjasama di dalam unit, kerjasama antar unit, komunikasi) serta faktor interpersonal (pembelajaran, kepatuhan, pelaporan dan keterlibatan pasien). Pengumpulan dilakukan melalui teknik survey dengan membagikan kuesioner kepada responden di setiap RS. Adapun teknik penyebarannya diserahkan kepada RS untuk

mengkoordinasikannya di bawah koordinator pengumpulan data di setiap RS yang telah ditunjuk pihak manajemen RS. Penyebaran dan pengumpulan data dibantu oleh beberapa asisten peneliti yang berasal dari mahasiswa Fikes UHAMKA dan data wawancara mendalam dengan Direksi dibantu oleh mahasiswi FKM UI.

- b) Data sekunder, terkait dengan dokumen staf RS Muhammadiyah-[']Aisyiyah, untuk melihat data RS dan jumlah staf yang ada di RS, serta beberapa dokumen terkait dengan upaya keselamatan pasien yang telah berjalan di RS tersebut.

4.6 Instrumen Penelitian

4.6.1 Penyusunan Instrumen

Rancangan kuesioner dilakukan sepenuhnya oleh peneliti, yang disusun atau dimodifikasi dari berbagai referensi/jurnal yang diperoleh, khususnya terkait dengan iklim/budaya KP di RS atau organisasi/instansi lainnya yang umumnya berisiko tinggi. Instrumen yang dapat diunduh dan dijadikan rujukan adalah : *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*; *Medical Office Survey on Patient Safety*; *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; *Safety Climate Survey*. Kriteria instrumen pengukuran yang akan dijadikan rujukan berdasarkan: (1) domain dari budaya yang dinilai; (2) jenis staf yang akan menjadi responden; (3) tempat dimana instrumen tersebut digunakan; (4) tersedianya bukti reliabilitas dan validitas instrumen (Nieva & Sorra, 2003).

4.6.2 Instrumen Budaya KP yang akan digunakan dan pengukurannya

Untuk pengembangan kuesioner, dilakukan wawancara informal untuk mengidentifikasi hal-hal yang dipertimbangkan dalam menciptakan/membangun budaya KP atau insiden KP di RS, khususnya RS Muhammadiyah-[']Aisyiyah. Setelah itu, butir-butir yang diperoleh dan dikelompokkan.

Setelah uji coba dan melakukan analisis faktor, maka butir-butir kuesioner yang diperoleh ditentukan sebagai instrumen pengukuran budaya KP yang akan diterapkan. Pemilihan butir kuesioner dilakukan sebagai berikut: (1) menghapus

butir-butir yang membingungkan dan kurang dimengerti responden; (2) menghapus butir-butir yang mempunyai faktor *loading* tidak melebihi 0,3 (batas atas untuk masih dapat dipertimbangkan masuk ke model) dalam analisis faktor.

4.6.3 Karakteristik Psikometrik Instrumen

4.6.3.1 Validitas

Validitas berhubungan dengan apakah suatu variabel mengukur apa yang seharusnya diukur. Secara tradisional, validitas dapat dibedakan menjadi empat jenis: validitas isi, validitas kriteria, validitas konstruk, dan validitas konvergen dan diskriminan.

Validitas isi (*content validity*) dilakukan melalui kajian literatur yang terkait dengan berbagai teori dan penelitian tentang pengukuran budaya atau iklim keselamatan di organisasi berisiko tinggi dan RS. Hasil yang diperoleh kemudian diajukan dalam suatu pertemuan para ahli (*expert meeting*) untuk mengintegrasikan instrumen yang diperoleh dengan konsep budaya RS yang ada di Indonesia, khususnya RS Muhammadiyah-'Aisyiyah di Indonesia, terkait dengan KP. Pertemuan para ahli, pertama dilakukan dengan dua orang tokoh PERSI dan kedua dengan ahli psikologi industri serta terakhir dengan para ahli sesuai jenis pekerjaannya di RS Muhammadiyah 'Aisyiyah.

Validitas konstruk diuji dengan analisis faktor konfirmatori (*Confirmatory Factor Analysis: CFA*). Butir butir setiap domain diajukan melalui *CFA* yang dilakukan untuk setiap domain untuk mengukur struktur faktor final yang adekuat (Ulleberg & Rundmo, 2002, dalam Bognar et al., 2008).

Validitas diskriminan dari instrumen pengukuran budaya KP adalah kekuatannya untuk membedakannya di antara organisasi/RS atau kelompok/unit kejadian individu/profesional RS (berdasarkan jenis kelamin, lama kerja, keikutsertaan dalam pelatihan KP) yang memungkinkan terjadinya perbedaan dalam budaya KP.

Di luar ke-empat jenis validitas itu, maka Bollen (1998:197); Doll, Xia dan Torkzadeh (1994) yang dikutip oleh Wiyanto (2008) mengusulkan untuk mengukur validitas variabel-variabel dalam *CFA* untuk *first-order* nilai *standard factor loadings* (muatan faktor standard) variabel-variabel teramati (indikator)

terhadap variabel laten (faktor) yang merupakan estimasi validitas variabel-variabel teramati tersebut. Suatu variabel dikatakan mempunyai validitas yang baik terhadap konstruk atau variabel latennya, jika:

- a. Nilai t muatan faktornya (*loading factors*) lebih besar dari nilai kritis (atau ≥ 1.96 untuk $\alpha=0.05$, atau untuk praktisnya ≥ 2), dan
- b. Muatan faktor standardnya (*standardized loading factors*) ≥ 0.70 , sedangkan menurut Igbaria et.al.(1997) dalam Hair et.al. (2006) menyatakan muatan faktor standar ≥ 0.50 adalah sangat signifikan.
- c. Muatan faktor ± 30 s/d ± 40 adalah minimal nilai yang dapat diterima, adapun nilai ≥ 0.50 umumnya diperlukan sebagai syarat kebermaknaan secara praktis (Hair, 2006)

4.6.3.2 Reliabilitas

Menghitung reliabilitas suatu model menunjukkan bahwa dalam model satu dimensi, indikator-indikator yang dilakukan menunjukkan derajat kesesuaian yang baik. Pengukuran reliabilitas model dengan α -Cronbach tidak mengukur unidimensionalitas model, sehingga peneliti dianjurkan untuk melakukan uji unidimensionalitas terhadap konstruk-konstruk multi-indikator, sebelum menilai reliabilitasnya. Reliabilitas adalah ukuran mengenai konsistensi dari indikator-indikator sebuah konstruk yang menunjukkan derajat sampai di mana masing-masing indikator mengindikasikan suatu konstruk/faktor laten yang umum. Pendekatan yang dianjurkan dalam menilai reliabilitas suatu model pengukuran adalah dengan dua ukuran reliabilitas yaitu: *Composite Reliability (CR)* dan *Variance Extract (VE)*. VE menunjukkan jumlah varians yang berasal dari indikator-indikator yang dikonstruksi oleh konstruk laten yang dikembangkan. Nilai VE yang tinggi menunjukkan bahwa indikator-indikator tersebut telah mewakili secara baik konstruk laten yang dikembangkan (Wijanto, 2008).

Adapun nilai *CR* dan *VE* diperoleh melalui rumus berikut:

Rumus 1:

$$\text{Construct Reliability} = (\sum \text{Standard Loading})^2 / (\sum \text{Standard Loading})^2 + \sum e_j$$

Rumus 2:

$$\text{Variance Extracted} = (\sum \text{Standard Loading}^2) / (\sum \text{Standard Loading}^2) + \sum \epsilon_j$$

Dimana :

- *Std. Loading* diperoleh langsung dari *standarized loading* untuk tiap-tiap indikator
- ϵ_j adalah *measurement error* dari tiap-tiap indikator
- N adalah banyaknya variabel teramati dari model pengukuran
- Nilai batas yang digunakan untuk menilai sebuah tingkat reliabilitas dapat diterima/baik menurut Hair et.al.(2008) adalah:
 - o $CR \geq 0,50$ (idealnya $\geq 0,70$) : menunjukkan konvergensi yang adekuat dan konsistensi internal
 - o $VE \geq 0,50$: yang menunjukkan validitas konvergen yang adekuat

4.7 Manajemen Data

Pengelolaan data yang dilakukan adalah:

- a) *Editing*, yaitu memeriksa kelengkapan isi kuesioner. Kelengkapan data diperlukan mengingat SEM mensyaratkan tidak adanya data yang tidak terisi (*missing*), agar matriks kovarians dapat dianalisa.
- b) *Coding*, adalah membuat kode dari setiap total nilai jawaban responden pada setiap variabel (1: kurang dari rerata, jika nilai data < rerata) dan 2: lebih dari atau sama dengan rerata jika nilai data \geq rerata).
- c) *Processing*, adalah proses memasukkan data (entri data) dengan piranti lunak statistik yang sesuai (*Excell*)
- d) *Cleaning*, adalah melakukan pengecekan ulang untuk melihat kebenaran semua data yang sudah dientri.
- e) *Transforming*, adalah perubahan data ke bentuk yang lain (*PRELIS*), setelah dipastikan tidak ada kesalahan dalam entri data.

4.8 Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dengan perangkat lunak statistik tertentu untuk melakukan:

- a) Analisis univariat, untuk menyajikan deskripsi masing-masing variabel dalam format univariat (tabel distribusi maupun grafik), yang mungkin memberikan informasi dalam menjelaskan hubungan antar variabel.
- b) Analisis bivariat, untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat, atau antara variabel bebas yang mungkin berguna bagi klarifikasi analisis ($p\text{-value} < 0,05$).
- c) Analisis multivariat: SEM, dengan piranti lunak LISREL versi 8.5, yang di antaranya mempunyai kemampuan dalam menganalisis model dimana indikator-indikator dari variabel latennya berbentuk diskrit, disamping kemampuan lainnya dalam menganalisis berbagai model-model persamaan pengukuran dan struktural (Kline, 2005).

Dilakukan pula analisis hasil penelitian secara kualitatif untuk memperoleh konfirmasi terhadap hasil yang diperoleh melalui wawancara mendalam dengan Direksi di lima RSMA.

4.9 Konsep Dasar

4.9.1 Pengukuran Sikap (*Attitude*)

Pengukuran sikap dibagi dua kategori, yaitu: pengukuran langsung (seperti skala Likert dan perbedaan semantik), serta pengukuran tak langsung (teknik projektif). Keduanya memiliki keterbatasan-keterbatasan. Hanya saja, umumnya kita dapat menemukan bagaimana sikap seseorang terhadap suatu topik dengan menanyakan langsung kepada mereka. Tetapi harus diingat bahwa sikap berkaitan dengan citra diri (*self-image*) dan penerimaan sosial masyarakat (yang merupakan fungsi dari sikap). Dalam rangka mempertahankan citra diri yang positif, respons seseorang dapat dipengaruhi oleh keinginan situasi sosial masyarakat. Jadi, bisa jadi mereka tidak mengatakan sikap mereka yang sebenarnya, tetapi merupakan suatu jawaban yang merupakan cara yang mereka rasakan dapat diterima oleh kondisi sosial masyarakat. Akibatnya, skala sikap yang diperoleh tidak selalu

valid 100%, dikarenakan respons terhadap butir-butir kuesioner menggambarkan apa yang diinginkan secara sosial (*socially desirable*).

Penelitian ini akan menggunakan pengukuran sikap secara langsung kepada responden, yang terkait dengan topik budaya keselamatan pasien di RS Muhammadiyah-'Aisyiyah, yang diharapkan dapat meliputi tiga dimensi sikap, yaitu:

- a) Evaluasi, yang terkait dengan apakah seseorang berfikir positif atau negatif terhadap topik sikap (misalkan bersih-kotor, aman-tidak aman)
- b) Potensi, yang terkait dengan seberapa kuat topik tersebut bagi mereka (misal kuat-lemah)
- c) Aktivitas, terkait dengan apakah topik tersebut dilihat sebagai suatu yang aktif atau pasif

Dengan menggunakan informasi tersebut, kita dapat melihat apakah perasaan seseorang (evaluatif) terhadap suatu obyek konsisten dengan perilakunya. Sebagai contoh, seseorang dapat saja menyetujui untuk melaporkan kesalahan orang lain (evaluatif) tetapi ia kadang-kadang saja melakukannya (aktivitas). Dimensi evaluasi umumnya yang banyak digunakan oleh ahli psikologi sosial dalam mengukur sikap seseorang, karena dimensi ini adalah refleksi dari aspek afektif untuk sikap.

Aspek afektif (sikap) menurut Bloom (Martin, 2001), merupakan salah satu domain pembelajaran yang saling berinteraksi dan tumpang tindih dengan domain lain yaitu kognitif (pengetahuan) dan psikomotorik (ketrampilan). Perilaku emosional ini dapat disusun secara hierarki (dari yang paling sederhana ke yang paling kompleks) sebagai berikut:

- 1) Penerimaan terhadap fenomena: kepedulian, keinginan untuk mendengar, apresiasi, minat.
- 2) Respon terhadap fenomena: berpartisipasi, ikut aktif dalam mempelajarinya
- 3) Penilaian: nilai yang diberikan seseorang terhadap sesuatu, komitmen melalui ekspresi atau tindakan
- 4) Organisasi: mengorganisasi nilai-nilai dalam urutan prioritas, membandingkan, menghubungkan, mensintesis nilai-nilai yang berbeda sebagai awal konsistensi internal sistem nilai

- 5) Karakterisasi oleh suatu nilai atau internalisasi sistem nilai: berperilaku secara konsisten dan dapat diprediksi.

4.9.2 Model Analisis Faktor

Analisis faktor terdiri dari sejumlah teknik statistik yang bertujuan untuk menyederhanakan sekumpulan data yang kompleks (Kline, 1994). Dalam ilmu sosial, analisis faktor biasanya digunakan untuk melihat korelasi antar variabel. Hasil dari analisis faktor adalah sekumpulan faktor yang diperoleh dari nilai *factor loading*-nya. Semua interpretasi dari faktor, berdasarkan nilai *loading* tersebut, harus divalidasi terhadap kriteria eksternal. Suatu faktor didefinisikan sebagai suatu konstruk atau dimensi yang dihitung dari korelasi/hubungan antar variabel. *Factor loading* adalah korelasi dari variabel terhadap faktor-faktor, biasanya nilainya dianggap tinggi jika lebih besar daripada 0.6, dan dianggap cukup tinggi jika di atas 0.3. Jadi, kita dapat mengelompokkan faktor-faktor konstruk atau dimensi berdasarkan *factor loading*-nya.

CFA pada dasarnya adalah metode statistik eksploratori, hanya saja *factor loading* untuk variabel-variabel ditetapkan berdasarkan studi terdahulu atau teori yang relevan. CFA kemudian memproses dan mengukur kesesuaian *loading* dalam suatu matriks target.

Banyak ahli psikologi yang menggunakan CFA dibanding EFA dikarenakan adanya uji hipotesis, yang merupakan hal yang mendasar bagi metode ilmiah. Pada saat CFA digunakan, biasanya digunakan untuk menguji struktur faktor yang dihipotesiskan. Metode ini kemudian dibuat programnya yang disebut LISREL (Joreskog & Sorbom pada tahun 1984), yang menguji model struktural melalui aspek-aspek hubungan antar faktor. CFA adalah bagian dari model pengukuran, yang berkaitan dengan hubungan antara variabel yang dapat diamati dengan faktor-faktor (variabel laten). Faktor dalam analisis faktor adalah variabel laten karena tidak dapat diamati langsung. Analisis variabel laten mencakup analisis faktor, *path analysis* dan *structural equation model (SEM)*.

Salah satu fungsi CFA selain untuk menguji validitas butir-butir adalah sebagai alat untuk reduksi data. Peneliti melakukan reduksi data ketika jumlah

item yang besar dapat dirangkum dalam sejumlah faktor yang lebih kecil, tanpa kehilangan makna dari keseluruhan butir-butir yang direduksi tersebut.

Secara umum terdapat tiga metode reduksi data, yakni *summative score*, *surrogate item* dan *factor score*. *Summative score* dilakukan dengan menjumlahkan butir-butir yang terdapat pada satu dimensi sehingga diperoleh total skor yang digunakan sebagai input analisa statistika. *Surrogate item* dilakukan dengan memilih salah satu butir yang memiliki *factor loading* paling tinggi sebagai butir yang dipandang dapat mewakili keseluruhan konstruk/dimensi. Sementara metode reduksi data yang terakhir adalah metode *factor score* yang disediakan dalam paket *software* pengolahan data CFA seperti LISREL atau AMOS. Pada dasarnya, metode *factor score* ini dilakukan menggunakan *factor loading* sebagai koefisien regresi sehingga diperoleh satu nilai yang merupakan penjumlahan dari hasil kali antara *score item* dengan *factor loading* masing-masing. Rumusnya adalah sebagai berikut:

$$Z_{\text{score}} = \frac{X - \bar{X}(1)}{SD}$$

Secara default, software yang umum digunakan seperti SPSS, LISREL dan AMOS akan melakukan normalisasi secara otomatis terhadap factor score yang diperoleh dari hasil analisis faktor. Normalisasi dilakukan dengan mengurangi skor faktor dengan nilai rerata skor, kemudian membagi hasilnya dengan standar deviasi skor. Formula yang digunakan dalam normalisasi dapat dilihat pada rumus di atas. Dengan demikian, akan diperoleh angka Z_{score} yang berkisar antara -4 hingga 4, dengan unit satuan menjadi standar deviasi. **Factor score yang telah dinormalisasi pasti memiliki rerata 0 dengan standar deviasi 1 dan akan terdistribusi secara normal, meskipun data mentah yang menjadi input bisa jadi tidak terdistribusi secara normal.** Dengan demikian, reduksi data dengan metode *factor score* dapat digunakan sebagai *treatment*/perlakuan untuk mengatasi kondisi dimana terdapat butir-butir yang tidak terdistribusi secara normal. Metode inilah yang digunakan dalam penelitian ini.

4.9.3 *Structural Equation Model (SEM)*

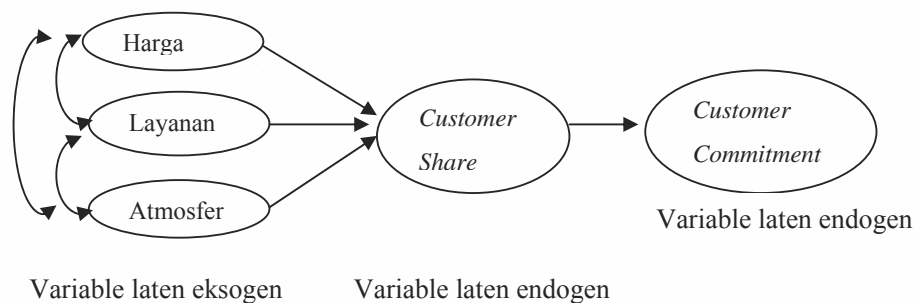
Istilah SEM tidak menunjuk ke satu teknik statistik saja, tetapi terdapat sejumlah prosedur yang terkait. Istilah yang lain yang juga digunakan untuk SEM adalah model struktur kovarians atau analisis struktur kovarians, atau model kausal (lebih dikenal sebagai *path analysis*). Klein (2005) memberikan beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam SEM, di antaranya adalah:

- SEM adalah a priori dan menghendaki peneliti untuk berfikir tentang unsur-unsur model. Tetapi, a priori tidak berarti hanya *Confirmatory*, banyak penerapan SEM adalah campuran EFA dan CFA.
- Pernyataan eksplisit yang membedakan antara variabel yang dapat diamati dengan variabel laten merupakan karakteristik dari sebagian besar SEM. Perbedaan ini memungkinkan peneliti menguji berbagai hipotesis.
- Statistik dasar SEM adalah kovarians.
- SEM adalah teknik yang memerlukan sampel yang besar.

4.9.4 Model Struktural

Model struktural menggambarkan hubungan antar konstruk (variabel laten) dengan variabel laten lainnya, baik antara variabel endogen (variabel dependen) dengan variabel laten lainnya, baik antara variabel endogen (variabel dependen) dengan variabel eksogen (variabel independen), maupun antar variabel endogen. Model struktural terdiri dari dua jenis: model rekursif (semua efek kausal satu arah dan error tidak berkorelasi), dan model non rekursif (adanya hubungan dua arah/resiprokal dengan *error* yang berkorelasi).

Contoh model SEM yang sederhana (*Diagram Path*):



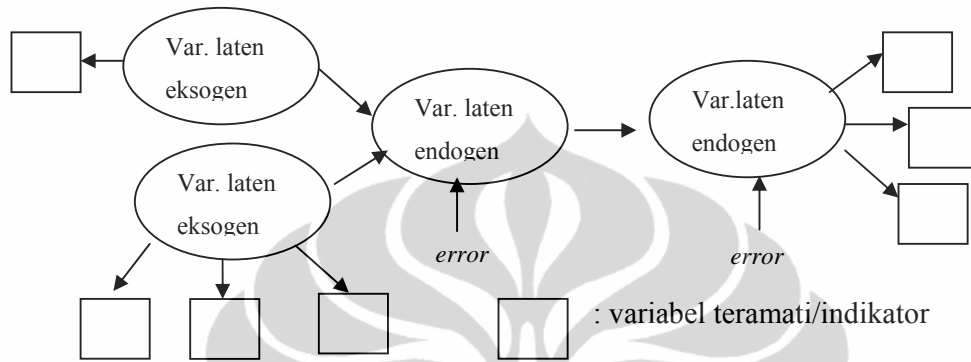
Gambar 4.1 Model SEM Sederhana

Sumber: Hair et al., 2006

4.9.5 Model Hybrid (Full SEM)

Model *Hybrid* adalah gabungan model pengukuran dan struktural. Dalam model ini, digambarkan variabel laten dengan variabel teramati dan juga hubungan antar variabel laten.

Contoh:

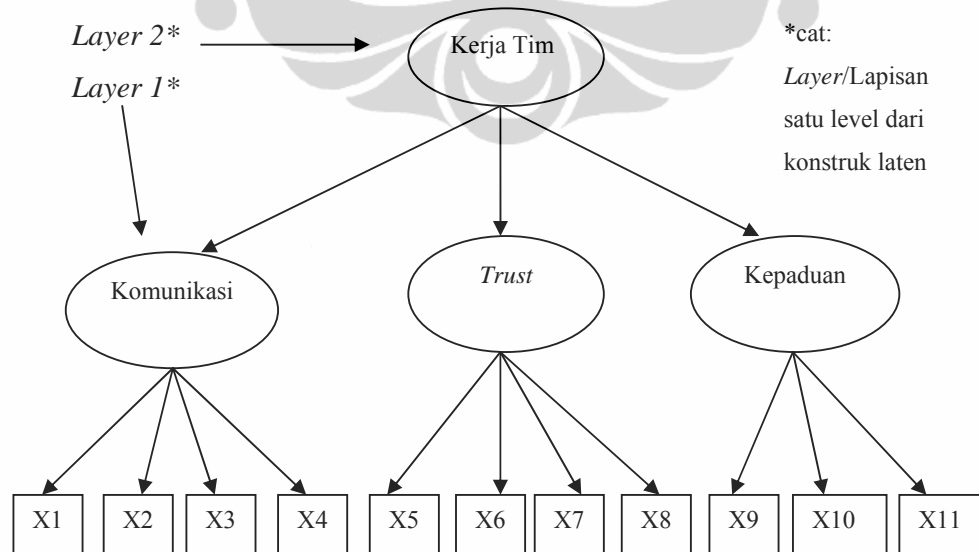


Gambar 4.2 Model Hybrid

4.9.6 Model 2nd-Factor/ Order CFA

Analisis CFA di atas adalah *first order* dimana satu faktor laten memiliki beberapa indikator, dan indikator-indikator tersebut langsung dapat diukur. Tetapi apabila indikator-indikator tersebut tidak dapat diukur langsung maka, kita perlukan CFA *2nd order* yang menyebabkan *multiple first order latent factors*.

Contoh model *2nd CFA* adalah sebagai berikut:

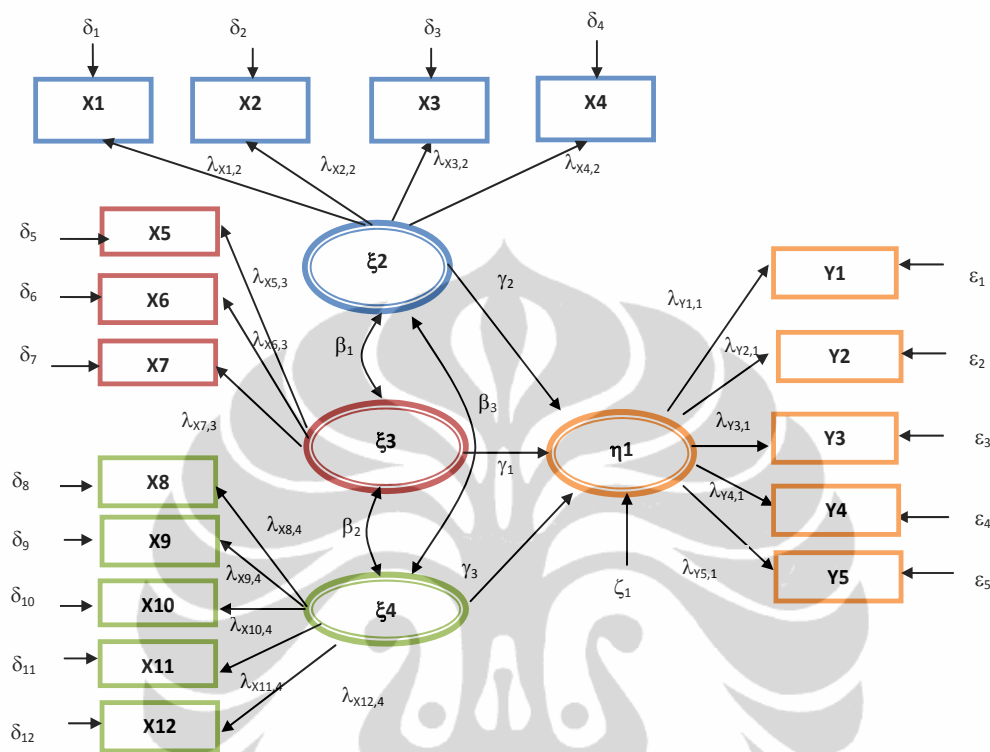


Gambar 4.3 Model 2nd order Factor

Menurut Hair et al.(2006) ada beberapa penjelasan mengenai *2nd-order factor*, yang memuat dua *layer* dari konstruk laten:

- Pertimbangan empiris: semua model CFA harus memperhitungkan hubungan antar konstruk. Secara empirik, faktor-faktor pada lapisan lebih tinggi dapat dipandang sebagai suatu cara untuk menghitung kovarian antar konstruk sebagaimana faktor-faktor pada lapisan pertama menghitung kovarian antar variabel teramati. Dengan kata lain, faktor-faktor pada *first order* berperan sebagai indikator dari faktor-faktor pada *second-order*.
- Pertimbangan teoritis: Secara teoritis, konstruk-konstruk seringkali dapat dioperasionalkan pada tingkat abstraksi yang berbeda-beda tingkatannya.
- Model dengan order yang lebih tinggi lebih parsimoni/*parsimonious* (lebih sedikit derajat kebebasannya), tetapi bukan berarti lebih sederhana, karena model melibatkan *multiple-level* dari abstraksi.
- Model pengukuran untuk order yang lebih tinggi tetap harus memenuhi standard validitas konstruk. Kriteria validitas yang utama adalah sejauh mana faktor pada order yang lebih tinggi menjelaskan hubungan antar konstruk secara teoritis.
- Dari gambar 3.9, kita bisa melihat bahwa variabel Kerjasama Tim, Kepemimpinan Transformasional, Kesadaran Individual dan Iklim KP adalah second order CFA. Banyaknya variabel teramatinya adalah C1, C2,..., D1, D2,..., E1, E2,..., F1, F2,..., GB,..GC,..dst yang keseluruhannya berjumlah 101, jadi diperlukan $101 \times 5 = 505$ sampel minimal.
- Kemudian, kita lakukan penyederhanaan model pada gambar 3.9 melalui perhitungan *Latent Score Variables* (LSV) untuk variabel-variabel laten Stimulai Intelektual, Motivasi Inspirasional, ..., Komunikasi,..., Penilaian Risiko,..., Komitmen Manajemen,..., dengan cara seperti menghitung variabel laten Kepemimpinan Transformasional terhadap indikator-indikatornya. Dimensi-dimensi yang laten disederhanakan sebagai angka sehingga diperlakukan sebagai indikator (dalam program SEM disimpan dalam PSF. File).


- Sehingga diperoleh gambar pemodelan berikut hasil penyederhanaan dengan perhitungan LVS dari setiap variabel laten tahap 1.



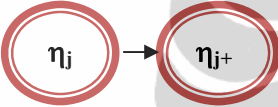

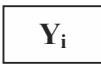
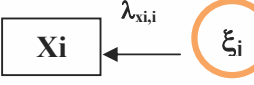
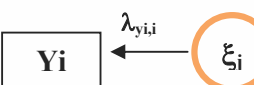



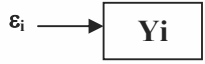

Gambar 4.4 Hasil Penyederhanaan Model Iklim KP

- Penjelasan notasi dan lambang dari Model di atas adalah:

- Tabel 4.9 Deskripsi Notasi dan Gambar dalam Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien RS

Notasi dan Lambang Gambar	Deskripsi	Variabel
ξ <i>(Ksi)</i> 	Variabel laten eksogen (variabel independen) ξ_i : variabel laten eksogen ke-i	Contoh: Kepemimpinan Transformasional, Kerjasama Tim, Kesadaran Individual

Notasi dan Lambang Gambar	Deskripsi	Variabel
η (Eta) 	Variabel laten endogen (variabel dependen, yang juga dapat menjadi variabel independen pada persamaan lain) η_j : variabel laten endogen ke-j	Contoh: Iklim KP RS
γ (Lambda) 	Hubungan langsung variabel eksogen terhadap variabel endogen (parameter yang menunjukkan regresi variabel laten endogen pada variabel laten eksogen)	Contoh hubungan: Kepemimpinan Transformasional dengan Iklim KP RS
β (Beta) 	Hubungan langsung variabel endogen dengan variabel endogen (parameter yang menunjukkan regresi variabel laten endogen pada variabel laten endogen lainnya)	
	Indikator variabel eksogen ke-i	Contoh: Rasa Saling Percaya/ <i>Trust</i> Motivasi Inspirasional
	Indikator variabel endogen ke-i	Contoh: Komitmen Manajemen Pemberdayaan Pegawai
λ (Lambda) 	Hubungan antara variabel laten endogen terhadap indikator-indikatornya (variabel teramati): muatan-muatan faktor/ <i>factor loadings</i>	Contoh: hubungan Rasa Saling Percaya dengan Kerja sama Tim
λ (Lambda) 	Hubungan antara variabel laten eksogen terhadap indikator-indikatornya (variabel teramati) : muatan-muatan faktor/ <i>factor loadings</i>	Contoh: hubungan Sistem Pelaporan dengan Iklim RS
δ (delta) 	Kesalahan pengukuran (<i>measurement error</i>) dari X ke-i	Contoh: untuk Komunikasi, Dsb

Notasi dan Lambang Gambar	Deskripsi	Variabel
ϵ (<i>epsilon</i>) 	Kesalahan pengukuran (<i>measurement error</i>) dari Y ke -i	Contoh: untuk Sistem pelaporan Sistem <i>reward</i>
ζ (<i>zeta</i>) 	Kesalahan dalam persamaan (kesalahan struktural) yaitu antara variabel eksogen dan/atau endogen terhadap variabel endogen (cat: variabel endogen tidak memprediksi secara sempurna variabel terikat)	Contoh: untuk IklimKP

4.10 Model Pengukuran dalam Notasi Matematika

Sesuai dengan tujuan penelitian, analisis data akan dilakukan dengan menggunakan Model Persamaan Struktural (*SEM*) yang merupakan kumpulan teknik statistik yang memungkinkan dilakukan pengujian serangkaian hubungan yang relatif rumit dan simultan.

Berikut ini spesifikasi model pengukuran untuk masing-masing konstruk adalah sebagai berikut:

1) Kepemimpinan Transformasional (*Lead*)

$$S_i = \lambda_{X11}Lead + \delta_1 \quad \text{atau} \quad X1 = \lambda_{X11} \xi_1 + \delta_1$$

$$M_i = \lambda_{X21}Lead + \delta_2 \quad \text{atau} \quad X2 = \lambda_{X21} \xi_1 + \delta_2$$

$$K_i = \lambda_{X31}Lead + \delta_3 \quad \text{atau} \quad X3 = \lambda_{X31} \xi_1 + \delta_3$$

$$I_p = \lambda_{X41}Lead + \delta_4 \quad \text{atau} \quad X4 = \lambda_{X41} \xi_1 + \delta_4$$

dimana : S_i : stimulasi intelektual

M_i : motivasi inspirational

K_i : konsiderasi individual

I_p : idealisasi pengaruh

2) Kerjasama Tim (*Team*)

$$K_o = \lambda_{X52}Team + \delta_5 \quad \text{atau} \quad X5 = \lambda_{X52} \xi_2 + \delta_5$$

$$T_r = \lambda_{X62}Team + \delta_6 \quad \text{atau} \quad X6 = \lambda_{X62} \xi_2 + \delta_6$$

$$K_h = \lambda_{X72}Team + \delta_7 \quad \text{atau} \quad X7 = \lambda_{X72} \xi_2 + \delta_7$$

dimana : Ko : komunikasi
 Tr : rasa saling percaya
 Kh : kepaduan/ *Cohesiveness*

3) Kesadaran Individual (*Indiv*)

$$\begin{aligned} \text{Kd} &= \lambda_{X83} \text{Indiv} + \delta_8 & \text{atau} & \quad X8 = \lambda_{X82} \xi_3 + \delta_8 \\ \text{Pr} &= \lambda_{X93} \text{Indiv} + \delta_9 & \text{atau} & \quad X9 = \lambda_{X9,2} \xi_3 + \delta_9 \\ \text{Kp} &= \lambda_{X103} \text{Indiv} + \delta_{10} & \text{atau} & \quad X10 = \lambda_{X102} \xi_3 + \delta_{10} \\ \text{Pb} &= \lambda_{X113} \text{Indiv} + \delta_{11} & \text{atau} & \quad X11 = \lambda_{X112} \xi_3 + \delta_{11} \\ \text{Pk} &= \lambda_{X12} \text{Indiv} + \delta_{12} & \text{atau} & \quad X12 = \lambda_{X122} \xi_3 + \delta_{12} \end{aligned}$$

dimana : Pd : penilaian kompetensi diri
 Pr : penilaian risiko
 Kp : kepatuhan
 Pb : pembelajar
 Pk : prioritas keselamatan

4) Iklim Keselamatan Pasien (*Climate*)

$$\begin{aligned} \text{Km} &= \lambda_{Y11} \text{Climate} + \varepsilon_1 & \text{atau} & \quad Y1 = \lambda_{Y11} \eta_1 + \varepsilon_1 \\ \text{Pp} &= \lambda_{Y21} \text{Climate} + \varepsilon_2 & \text{atau} & \quad Y2 = \lambda_{Y21} \eta_1 + \varepsilon_2 \\ \text{Sp} &= \lambda_{Y31} \text{Climate} + \varepsilon_3 & \text{atau} & \quad Y3 = \lambda_{Y31} \eta_1 + \varepsilon_3 \\ \text{Sr} &= \lambda_{Y41} \text{Climate} + \varepsilon_4 & \text{atau} & \quad Y4 = \lambda_{Y41} \eta_1 + \varepsilon_4 \\ \text{Io} &= \lambda_{Y51} \text{Culture} + \varepsilon_5 & \text{atau} & \quad Y5 = \lambda_{Y51} \eta_1 + \varepsilon_5 \end{aligned}$$

dimana : Km : komitmen manajemen
 Pp : pemberdayaan pegawai
 Sp : sistem pelaporan
 Sr : sistem *reward*
 Io : identitas organisasi

4.11 Model Struktural dalam Notasi Matematika

Model struktural yang digunakan adalah:

$$\eta_1 = \gamma_{11} \xi_1 + \gamma_{21} \xi_2 + \gamma_{31} \xi_3 + \zeta_1$$

dengan asumsi-asumsi :

ζ tidak berkorelasi dengan ξ

ε tidak berkorelasi dengan η

δ tidak berkorelasi dengan ξ

ζ , ε , δ tidak saling berkorelasi (*mutually uncorrelated*)

$1 - \gamma$ adalah non singular

4.11.1 Enam Tahapan Model Persamaan Struktural (SEM)

SEM merupakan pendekatan multivariat yang banyak digunakan karena secara konsep memberikan cara yang menarik dalam menguji teori. SEM akan menilai seberapa fit teori dengan realitas yang diwakili oleh data (Hair, 2006).

Ada 6 (enam) tahapan prosedur SEM berikut penjelasannya (Hair, 2006; Ghozali & Fuad, 2005; Ferdinand, 2000):

a) Mendefinisikan konstruk-konstruk individual (konseptualisasi model)

Tahap ini berhubungan dengan pengembangan hipotesis berdasarkan teori dan hasil-hasil penelitian, sebagai dasar dalam menghubungkan antara variabel-variabel laten serta berbagai indikator-indikator yang dapat diukur. Hal ini harus dilakukan secara optimal pada awal proses penelitian agar dapat menjamin mutu pengukuran sehingga menghasilkan kesimpulan yang valid.

b) Mengembangkan model pengukuran keseluruhan (penyusunan diagram alur/path diagram)

Penyusunan diagram path untuk model pengukuran memudahkan kita memvisualisasikan hipotesis yang kita ajukan dalam tahap pertama. Path diagram adalah metode multivariat yang didasarkan pada regresi linier, yang di antaranya digunakan untuk menaksir kekuatan efek struktural langsung dari variabel yang satu dengan yang lainnya. Identifikasi dan penunjukkan konstruk laten berikut indikatornya lebih sederhana dinyatakan dalam bentuk suatu diagram dibanding persamaan-persamaan. Hal yang harus diperhatikan di antaranya adalah isu-isu tentang jumlah indikator dan jenis spesifikasi konstruk.

c) Merancang suatu studi untuk menghasilkan hasil-hasil empiris

Pada tahap ini, peneliti harus memperhatikan isu-isu terkait rancangan penelitian dan estimasi. Isu-isu rancangan penelitian mencakup: jenis analisis

data (kovarians atau korelasi), *missing data*, ukuran sampel. Ukuran sampel kritis (*Critical N*) ≥ 200 menunjukkan ukuran sampel mencukupi untuk digunakan mengestimasi model, kecocokan yang memuaskan atau baik. Sedangkan isu-isu terkait estimasi model: struktur model, teknik estimasi, dan piranti lunak yang digunakan. Informasi yang diperoleh dari data diuji untuk menentukan apakah cukup mengestimasi parameter dalam model. Estimasi parameter untuk suatu model diperoleh dari data karena piranti lunak LISREL berusaha untuk menghasilkan matriks kovarians berdasarkan model (*model-based Covariance matrix*) yang sesuai dengan kovarians matriks yang sesungguhnya (*Observed Covariance matrix*).

d) Menilai validitas model pengukuran (penilaian model fit)

Setelah model pengukuran dispesifikasikan, data yang cukup dikumpulkan, serta teknik estimasi ditentukan, maka dilakukan pengujian apakah model pengukuran valid. Model pengukuran valid tergantung pada *goodness of fit* (penilaian model fit) bagi model pengukuran dan validitas konstruksinya. Model dikatakan fit jika matriks kovarians suatu model sama dengan matriks kovarians data, yang diuji dengan berbagai ukuran index fit. Ukuran index fit ini terbagi tiga kelompok: absolut, *incremental*, *parsimony fit*.

Yang termasuk kelompok ukuran absolut di antaranya: statistik χ^2 (sesuai untuk sampel antara 100-200 sampel), GFI (*Goodness Fit of Index*), RMSR (*Root Mean Square Residual*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) (indeks untuk mengkompensasi statistik χ^2 dalam sampel yang besar).

Kelompok ukuran *incremental* di antaranya: NFI (*Normed Fit Index*), CFI (*Comparative Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of fit Index*), TLI (*Tucker-Lewis Index*), RFI (*Relative Fit Index*). Ukuran kecocokan *incremental* ini mengandung ukuran-ukuran yang mewakili sudut pandang membandingkan model yang diusulkan dengan model dasar atau *Comparative fit to base model* (model dasar/*null model* atau *independence model*. Model dasar adalah model yang tingkat kecocokan model-data paling buruk (*worst fit*) di mana semua variabel di dalam model bebas satu sama lain (korelasi antar variabel nol) dan paling dibatasi (Byrne, 1998, dikutip oleh

Wiyanto, 2008). Di ujung yang lain ada model saturasi (*saturated model*) yang merupakan model dengan tingkat kecocokan model-data yang terbaik (*best fit*). Rentang nilainya adalah 0 – 1, nilai yang mendekati 1 merupakan tingkat fit yang sempurna (Hair et.al., 2006).

Adapun kelompok ukuran parsimoni misalnya adalah PGFI (*Parsimonous Goodness of fit*), PNFI (*Parsimonious Normed Fit Index*), yang memberikan informasi untuk model terbaik (yang lebih fit atau yang lebih sederhana) di antara model-model yang dinilai. Secara ringkas indeks-indeks yang dapat digunakan untuk menguji model fit adalah sebagai berikut:

Indeks Kesesuaian Model/GOF (<i>Goodness of Fit</i>)	Nilai Batas/ <i>Cut-off Value</i>
χ^2	Semakin kecil semakin baik
<i>Significance Probability</i>	≥ 0.05
RMSEA	≤ 0.08
GFI	≥ 0.90
AGFI	≥ 0.90
TLI	≥ 0.90
CFI	≥ 0.90

Gambar 4.3 Indeks GOF (*Goodness of Fit*)

Catatan: Ada beberapa referensi yang menunjukkan nilai batas indeks kesesuaian model yang berbeda, yaitu (Wiyanto, 2008):

- RMSEA : indeks yang digunakan untuk mengkompensasi statistik *Chi-Square* dalam sampel yang besar. RMSEA ini merupakan indikator yang paling informatif. Dalam Ghozali & Fuad (2008) dinyatakan bahwa RMSEA ini mengukur penyimpangan nilai paramater dari model dengan matriks kovarians populasinya (Brown & Cudeck, 1993; Steiger (1990) dan MacCallum (1996) menganjurkan menggunakan CI (*Confidence Interval*) yang kecil untuk RMSEA, yang mengindikasikan bahwa RMSEA memiliki ketepatan yang baik; Joreskog (1996) menganjurkan bahwa *p-value* dari *test of close fit* RMSEA harus $< 0,05$.
 - $RMSEA \leq 0.05$: *close fit*
 - $0.05 < RMSEA \leq 0.08$: *good fit* (Brown & Cudeck, 1993)
 - $0.08 < RMSEA \leq 0.10$: *mediocre/marginal fit* (McCallum, 1996)

- $RMSEA > 0.10$: *poor fit*
- GFI
 - $GFI \geq 0.90$: *good fit*
 - $0.08 \leq GFI < 0.90$: *marginal fit*
- *Comparative Fit Index (CFI)*: indeks untuk mengukur tingkat penerimaan suatu model, yang tidak dipengaruhi ukuran sampel. Rentang nilai indeks ini adalah 0 – 1 (semakin mendekati 1 menunjukkan tingkat fit yang paling tinggi)
- *Tucker Lewis Index (TLI)*: merupakan alternatif *incremental fit index* yang membandingkan sebuah model yang diuji terhadap *baseline model*. Nilai yang direkomendasikan sebagai acuan diterimanya suatu model adalah $\geq 0,95$ dan nilai yang sangat mendekati 1 menunjukkan kesesuaian yang sangat bagus
- RMR :
 - $RMR < 0.05$: *good fit*

e) Spesifikasi model struktural

Tahap ini mendefinisikan hubungan kausal di antara variabel-variabel laten. Di sini tidak hanya diperoleh diagram path yang sudah menunjukkan model pengukuran lengkap dengan konstruk dan indikatornya, tetapi juga menentukan hipotesis hubungan struktural antar konstruk.

f) Analisis model struktural

Evaluasi atau analisis terhadap model struktural mencakup pemeriksaan terhadap signifikansi koefisien-koefisien yang diestimasi. Setiap koefisien yang mewakili hubungan kausal yang dihipotesiskan disediakan oleh LISREL berikut nilai t-hitung setiap koefisien. Dengan tingkat signifikansi α yang ditentukan (biasanya $\alpha=0.05$), kita dapat mengujinya secara statistik.

Sebagai ukuran menyeluruh terhadap persamaan struktural, *overall coefficient of determination* (R^2) dihitung seperti pada regresi berganda. Meskipun tidak ada uji signifikansi statistik dapat dilakukan, tetapi paling tidak memberikan ukuran kecocokan relatif dari setiap persamaan struktural (Wiyanto, 2008).

R^2 dapat diartikan sebagai seberapa besar variasi dari variabel dependen yang dapat dijelaskan oleh variabel independen. Untuk menginterpretasikan R^2 seperti pada regresi, kita harus mengambilnya dari *reduced form equation*.

Catatan:

Pada persamaan pengukuran (*measurement equations*) antara indikator dengan variabel latennya, nilai R^2 yang paling rendah menunjukkan indikator yang paling kurang reliabel (indikator bermasalah).



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Univariat

5.1.1 Pengembangan Instrumen

Dalam tahap perumusan butir-butir kuesioner yang akan diujikan, maka tahapan uji yang dilakukan adalah:

- a. Tahap penurunan butir-butir kuesioner berdasarkan indikator-indikator masing-masing variabel yang diamati

Pada tahap ini peneliti melakukan tinjauan terhadap kepustakaan yang sebagian besar berupa jurnal internasional maupun buku referensi, terutama jika terdapat pula kuesioner tentang budaya atau iklim keselamatan pasien yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya, serta mendapat masukan dari ahli-ahli keselamatan pasien di RS (PERSI) sebanyak dua orang (Pengurus Pusat KPRS-PERSI) dan satu orang ahli psikologi/manajemen industri (Dosen Psikologi Industri UNPAD/Lulusan S3 Psikologi Industri ITB)

- b. Tahap penggunaan bahasa dalam butir kuesioner

Dalam tahap ini, peneliti mengundang beberapa calon responden (pegawai RS) yang berasal dari suatu RS Muhammadiyah sebanyak : 7 orang (medis, non medis dan paramedik) (Lihat Lampiran Data Primer)

Adapun masukan /koreksi yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Hasil Koreksi Bahasa Draft Kuesioner

Responden	Bagian/nomor butir	Masukan/Koreksi
1	B/no 5	“Jangan ada kata memberi gambaran terbaik”
2&3	“Ada beberapa pertanyaan hampir sama” “Pernyataan dan <i>option</i> pilihan kadang tidak relevan”
4	1	Di semua halaman/halaman bersambung, untuk pilihannya ditampilkan kembali

Responden	Bagian/nomor butir	Masukan/Koreksi
5&6	C/4	Judul penelitiannya secara khusus apa?
	Hal 5	Pertanyaan hampir sama no 4 dan 13, 5 dan 12
	Hal 8	No 15 ada kesamaan dengan no 7
7	B-4	No 2 singkatan KP mohon diuraikan
	C-2	Penulisan kotak jawaban
	C-3	Keyakinan terhadap pegawai baru tidak mudah dipahami Kontribusi : perlu penjelasan lebih lanjut

Sumber: Lampiran Data Primer

5.1.2 Data Karakteristik Responden

a. Berdasarkan Wilayah/Unit Kerja

Berikut ini adalah distribusi responden berdasarkan wilayah/unit kerja yang ada di RSMA (modifikasi dari Sabarguna, 2005):

Tabel 5.2 Distribusi Responden berdasarkan Wilayah/Unit Kerja RSMA

No	Wilayah Unit Kerja	Frek.	(%)
1	Banyak Unit/tidak di unit tertentu	75	8
2	Pengobatan (non-bedah)	50	5
3	Bedah	80	9
4	Kebidanan	36	4
5	Pediatri	38	4
6	Unit gawat darurat	33	4
7	<i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	24	3
8	Psikiatri/Kesehatan Mental	2	0
9	Rehabilitasi	12	1
10	Farmasi	44	5
11	Laboratorium	38	4
12	Radiologi	13	1
13	Lainnya, spesifik	387	41

No	Wilayah Unit Kerja	Frek.	(%)
14	<i>Missing</i>	104	11
15	Jumlah	936	100

Sumber: Lampiran Data Primer

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 936 orang jumlah responden yang terpilih dalam penelitian ini terbanyak pada wilayah/unit kerja lainnya yang tidak ditetapkan wilayah/unit kerjanya dalam instrumen penelitian yaitu sebanyak 41% dan paling sedikit pada wilayah/unit kerja rehabilitasi yaitu sebanyak 1%. Banyak responden yang enggan menuliskan unit kerjanya (dikosongkan), tetapi mengisi penuh jawaban kuesioner yang diinginkan.

b. Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin, Status, Keikutsertaan Pelatihan/Seminar KP, Interaksi dengan Pasien

Berikut ini tabel distribusi responden berdasarkan jenis kelamin responden:

Tabel 5.3 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Status, Keikutsertaan Pelatihan/Seminar KP, Interaksi dengan Pasien

Kategori	Frek.	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	320	34
Perempuan	607	65
<i>Missing</i>	9	1
Status		
Tetap	812	87
Tidak Tetap	120	13
<i>Missing</i>	4	0
Keikutsertaan		
Pernah	481	51
Tidak Pernah	400	43
<i>Missing</i>	55	6
Kondisi Interaksi		
Ya: saya berinteraksi/kontak langsung dengan pasien	691	74
Tidak: saya tidak berhubungan/kontak langsung dengan pasien	235	25
<i>Missing</i>	10	1

Sumber: Lampiran Data Primer

Dari tabel di atas diperoleh informasi tentang deskripsi responden, yaitu :

- Terdapat 65% yang berjenis kelamin perempuan dan laki-laki sebanyak 34%, dengan status hampir seluruhnya tetap (87%) sedangkan yang tidak tetap sebanyak 13%.
- Masih banyak responden yang menyatakan belum pernah terlibat/ikutserta dalam pelatihan/seminar/workshop mengenai keselamatan pasien (43%), sedangkan yang pernah ikut pelatihan juga banyak yaitu 51%.
- Sebagian besar responden kontak/interaksi langsung dengan pasien pada tempat kerja (74%) sedangkan sisanya (25%) menyatakan tidak berhubungan/kontak langsung dengan pasien.

c. Distribusi Responden menurut Posisi di Unit Kerja/Bagian

Tabel 5.4 Distribusi Responden menurut Posisi di Unit Kerja/Bagian

Unit kerja/bagian	Frek.	%
Perawat	455	49
Dokter	38	4
Asisten Dokter	6	1
Administrasi	82	9
Teknisi (EKG, Lab, Radiologi, dsb)	46	5
Ahli Terapi	5	1
Lainnya : (sebutkan secara spesifik)	271	29
<i>Missing</i>	33	4
Jumlah	936	100

Sumber: Lampiran Data Primer

Pada tabel di atas dapat diketahui bahwa posisi kerja di unit kerja/bagian di rumah sakit paling banyak yaitu sebagai perawat sebesar 49% dan paling sedikit sebagai asisten dokter dan ahli terapi yaitu sebesar 1%.

d. Distribusi Responden menurut Lama Bekerja di RSMA

Tabel 5.5 Distribusi Responden menurut Lama Bekerja di RSMA

Kurun waktu di RS	F	%
Kurang dari 1 tahun	40	4
1 Tahun hingga 5 tahun	197	21
6 hingga 10 Tahun	162	17
11 hingga 15 Tahun	220	24
16 hingga 20 Tahun	157	17
21 tahun atau lebih	158	17

Sumber: Lampiran Data Primer

Dari 936 responden berdasarkan hasil analisa pada tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden (75%) sudah bekerja di atas 5 tahun lamanya. Hanya sebagian kecil (25%) bekerja kurang dari atau sama dengan 5 tahun.

e. Distribusi Responden menurut Lama Bekerja di Unit/Bagian RSMA

Tabel 5.6 Distribusi Responden menurut Lama Bekerja di Unit/Bagian RSMA

Waktu kerja diunit/bagian	F	%
Kurang dari 1 tahun	110	12
1 Tahun hingga 5 tahun	429	46
6 hingga 10 Tahun	191	20
11 hingga 15 Tahun	96	10
16 hingga 20 Tahun	53	6
21 tahun atau lebih	53	6

Tabel diatas menunjukkan bahwa paling banyak lama bekerja di tempat unit/bagian kerja di rumah sakit terdapat pada kurun waktu 1 hingga 5 tahun yaitu sebanyak 46% dan paling sedikit pada kurun waktu 16 hingga 20 tahun dan 21 tahun atau lebih yaitu sebanyak 6%.

5.1.3 Distribusi Frekuensi menurut Variabel

Pertama-tama, perlu disampaikan di sini tentang efek dari besarnya sampel yang diambil. Besarnya jumlah sampel mempunyai pengaruh pada meningkatkan kuasa uji statistik (*statistical power*) melalui pengurangan kesalahan pengambilan sampel (*sampling error*). Di samping itu jumlah sampel yang lebih besar mengurangi efek yang mengganggu/detrimental dari ketidaknormalan. Pada jumlah sampel yang ≤ 50 pengamatan, khususnya yang ≤ 30 , penyimpangan yang signifikan dari kenormalan akan memberikan dampak yang mendasar terhadap hasil. Tetapi, untuk jumlah sampel ≥ 200 , efek/dampak-dampak yang sama dapat diabaikan. Sehingga, dalam banyak riset dengan jumlah sampel yang lebih besar lagi, maka peneliti akan kurang mempertimbangkan ketidaknormalan variabel (Hair, 2006).

Secara keseluruhan, setelah diperoleh butir-butir kuesioner yang valid dan reliabel untuk masing-masing indikator, maka diperoleh gambaran dalam bentuk tabel sebagai berikut:

Tabel 5.7 Distribusi Butir Kuesioner yang Valid dan Nilai Rerata untuk Setiap Indikator dari Variabel Kepemimpinan Transformasional, Kerjasama Tim, Kesadaran Individual dan Iklim Keselamatan Pasien di RSMA

Variabel	Indikator	Butir Kuesioner	Nilai Rerata
Kepemimpinan Transformasional (lead)	Si	D1, D3, D5, D10,	14.33
	Mi	D4, D8, D14	11.09
	Ki	D6, D7, D9	12.92
	Ip	D2, D13, D15	10.79
Kerjasama Tim (Team)	Ko	C7, C10, C12	10.48
	Tr	C5, C9	8.03
	Kh	C6, C11	8.24
Kesadaran Individual (Indiv)	Kd	E1, E2	6.66
	Pr	E3, E9	8.13
	Kp	E8, GC2	8.24
	Pb	E11, GC7	7.4
	Pk	GC8, GC9	7.1

Variabel	Indikator	Butir Kuesioner	Nilai Rerata
Iklim KP (Climate)	Km	F1, F2, F3, F5, F6, F7, F8	26.45
	Pp	F9, F10, F13, F14, F18	17.54
	Sp	F16, F17, F23	10.13
	Sr	F19, F21	6.08
	Io	F22, F25, F26, F27	15.06

Sumber: Lampiran Data Primer

Jika kita bandingkan terhadap nilai rerata total di masing-masing variabel maka distribusi responden secara keseluruhan untuk setiap variabel laten dalam model yang dinilai oleh responden lebih dari rerata oleh sebagian responden umumnya lebih dari 50%, tetapi hanya berbeda sedikit dengan jumlah responden yang menilai kurang dari rerata. Distribusi responden terkait dengan penilaian responden terhadap rerata total variabel tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.8 Distribusi Responden berdasarkan Rerata Total Variabel Laten

Jenis Variabel dan jumlah butir kuesioner yang valid	Hasil Penilaian Responden	Jumlah	Persentase
Kepemimpinan transformasional (Lead): 13 butir	Kurang dari Rerata (<49,7)	402	42,9
	Sama atau lebih dari dengan Rerata ($\geq 49,7$)	534	57,1
Kerjasama Tim (Team) : 7 butir	Kurang dari Rerata (< 26,76)	399	42.6
	Sama atau lebih dari dengan Rerata ($\geq 26,76$)	537	57.4
Kesadaran Individual (Indiv): 10 butir	Kurang dari Rerata (< 37,54)	423	45,2
	Sama atau lebih dari dengan Rerata ($\geq 37,54$)	513	54,8
Iklim Keselamatan Pasien (Climate): 21 butir	Kurang dari Rerata (< 54,14)	453	48.4
	Sama atau lebih dari dengan Rerata ($\geq 54,14$)	483	51.6

Sumber: Lampiran Data Primer

Adapun rincian distribusi responden berdasarkan nilai rerata untuk masing-masing indikator pada setiap variabel adalah sebagai berikut:

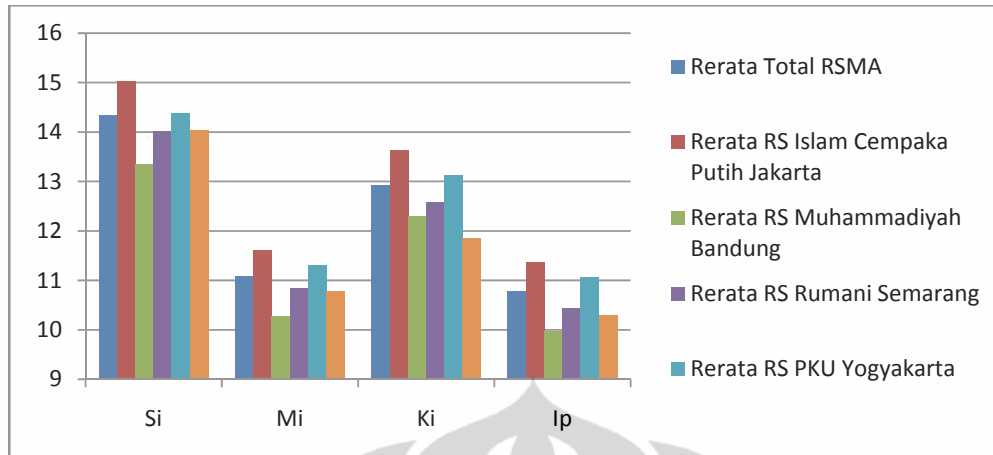
Tabel 5.9 Distribusi Responden berdasarkan Rerata Total untuk Setiap Indikator dari Variabel Kepemimpinan Transformasional

Nama RSMA	Indikator							
	Si ($\bar{x}=14.33$)		Mi ($\bar{x}=11.09$)		Ki ($\bar{x}=12.92$)		Ip ($\bar{x}=10.79$)	
	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$
RS Islam Cempaka Putih Jakarta	117	218	128	207	105	230	93	242
RS Muhammadiyah Bandung	105	65	114	56	93	77	100	70
RS Rumani Semarang	67	62	69	60	54	75	61	68
RS PKU Yogyakarta	91	93	85	99	70	114	63	121
RSA Ponorogo Jawa Timur	59	59	73	45	64	54	64	54
Total	439	497	469	467	386	550	381	555
%(Persentase)	46.9	53.1	50.1	49.9	41.2	58.8	40.7	59.3

Sumber: Lampiran Data Primer

Dari tabel di atas dapat dilihat jumlah responden/staf yang menilai bahwa pihak Direksi RSMA lebih dari rerata untuk setiap indikator variabel kepemimpinan transformasional dalam membangun budaya KP RS adalah di RS Islam Cempaka Putih Jakarta (lebih dari dua kali lipat), baru kemudian di RS PKU Yogya. Adapun di dua RS (Rumani dan Ponorogo) hampir berimbang, sedangkan di RS Muhammadiyah sebagian besar menilai kurang dari rerata untuk setiap indikator.

Secara keseluruhan dapat dilihat perbandingan rerata setiap indikator untuk variabel Kepemimpinan Transformasional di antara RSMA dalam grafik sebagai berikut:



Gambar 5.1 Distribusi Rerata Indikator Kepemimpinan Transformasional antara RSMA

Terlihat bahwa di semua indikator Kepemimpinan Transformasional maka RS PKU Yogyakarta dan RS Islam Cempaka Putih Jakarta mempunyai rerata yang melampaui rerata total RS Muhammadiyah-'Aisyiyah. Sebaliknya di tiga RSMA lainnya (RS Rumani Semarang, RSA Ponorogo, RS Muhammadiyah Bandung) masih berada di bawah kondisi rerata total RSMA.

Untuk variabel Kerjasama Tim (*Teamwork*), secara keseluruhan dinilai lebih dari rerata (total nilai $\geq 26,76$ (rerata total)) oleh sebagian responden (57,4%), dan hanya berbeda sedikit dengan jumlah responden yang menilai bahwa Kerjasama Tim kurang dari rerata (42,6%).

Secara terperinci untuk masing-masing indikator variabel Kerjasama Tim di masing-masing RS yang menjadi sampel, diperoleh distribusi penilaian responden terhadap nilai reratanya adalah sebagai berikut:

Tabel 5.10 Distribusi Responden berdasarkan Rerata setiap Indikator dari Variabel Kerjasama Tim

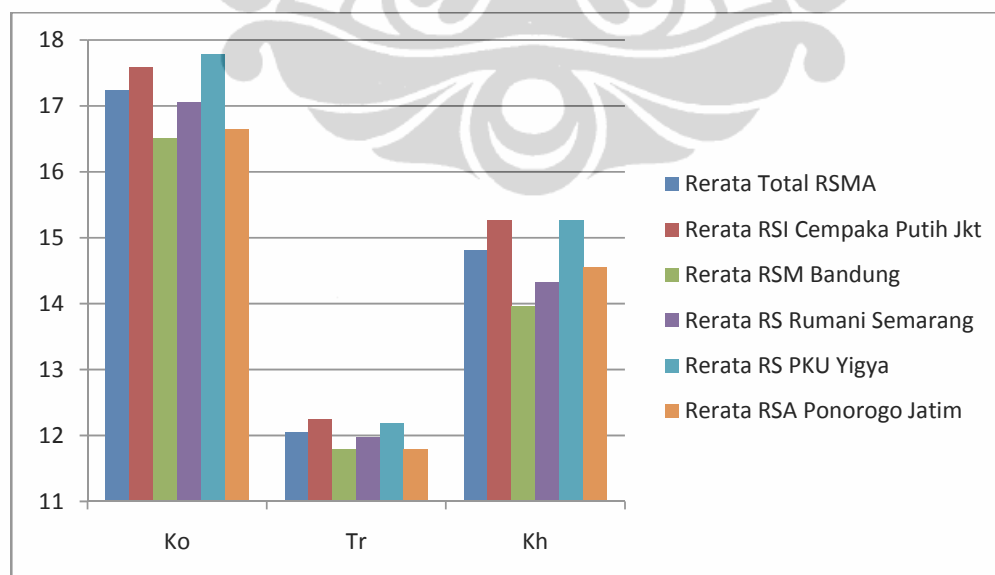
Nama RSMA	Indikator					
	Ko		Tr		Kh	
	(x=10.48)		(x=8.03)		(x=8.24)	
	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$
RS Islam Cempaka Putih Jakarta	140	195	214	121	165	170
RS Muhammadiyah Bandung	104	66	130	40	113	57

Nama RSMA	Indikator					
	Ko		Tr		Kh	
	(x=10.48)		(x=8.03)		(x=8.24)	
	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$
RS Rumani Semarang	64	65	83	46	72	57
RS PKU Yogyakarta	77	107	112	72	99	85
RSA Ponorogo Jawa Timur	65	53	80	38	61	57
Total	450	486	619	317	510	426
%(Persentase)	48.1	51.9	66.1	33.9	54.5	45.4

Sumber: Lampiran Data Primer

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa secara keseluruhan sebagian besar responden/staf menilai bahwa RS memiliki kondisi komunikasi, trust dan kepaduan/*cohesiveness* di bawah rerata total dalam membangun budaya KP RS. Secara khusus, sebagian besar pegawai RSI Cempaka Putih menilai kondisi setiap indikator dari variabel kerjasama tim di RS tersebut melebihi rerata total.

Secara keseluruhan dapat dilihat perbandingan rerata setiap indikator untuk variabel Kerjasama Tim dalam grafik sebagai berikut:



Gambar 5.2 Distribusi Rerata Indikator dari Variabel Kerjasama Team (Team)

Dari grafik tersebut terlihat bahwa di semua indikator Kerjasama Team maka RS PKU Yogyakarta dan RS Islam Cempaka Putih Jakarta mempunyai rerata yang melampaui rerata total RSMA. Sebaliknya di tiga RSMA lainnya (RS Rumani Semarang, RSA Ponorogo, RS Muhammadiyah Bandung) umumnya masih berada di bawah kondisi rerata total RSMA.

Selanjutnya, untuk variabel Kesadaran Individual (Indiv) dinilai dari 19 butir kuesioner yang valid, dengan nilai minimum 1 adalah dan nilai maksimum 50 (skala penilaian 1 s/d 5). Nilai rerata total untuk variabel Indiv adalah 37,5374.

Secara keseluruhan variabel Kesadaran Individual dinilai lebih dari rerata (total nilai $\geq 37,54$ (rerata)) oleh responden (54,8%) lebih banyak dari jumlah responden yang menilai bahwa Kesadaran Individual kurang dari rerata (45,2%), sebagaimana digambarkan dalam tabel berikut:

Secara terperinci di masing-masing RS yang menjadi sampel, diperoleh distribusi penilaian responden sebagai berikut:

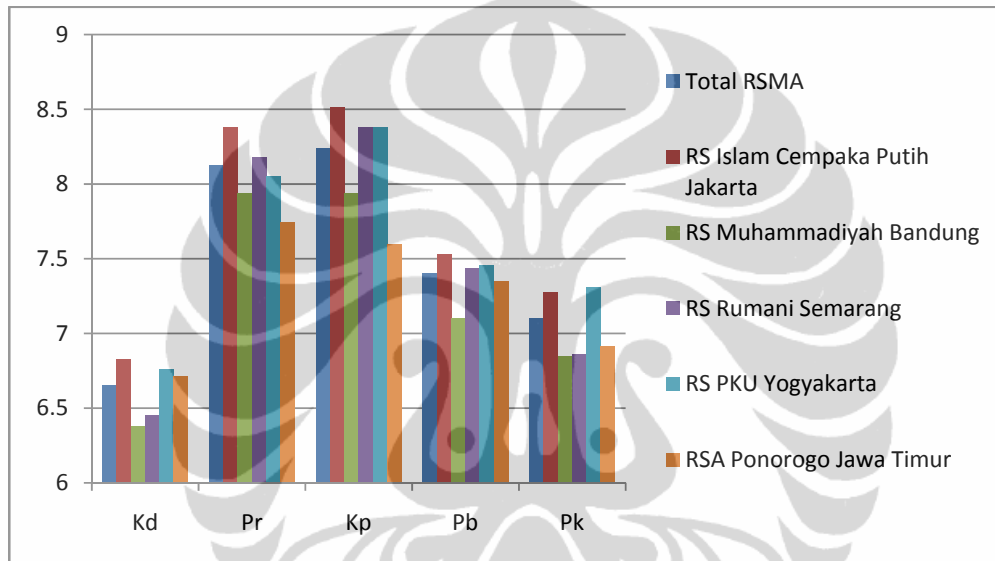
Tabel 5.11 Distribusi Responden berdasarkan Rerata Variabel Kesadaran Individual

Nama RSMA	Indikator									
	Kd		Pr		Kp		Pb		Pk	
	(x=6.66)		(x=8.13)		(x=8.24)		(x=7.40)		(x=7.10)	
	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$
RS I Cempaka Putih Jakarta	130	205	181	154	160	175	141	194	154	181
RS Muh. Bdg	85	85	112	58	103	67	93	77	101	69
RS Rumani Semarang	61	68	71	58	68	61	51	78	75	55
RS PKU Yogyakarta	93	91	112	72	162	82	82	102	90	94
RSA Ponorogo Jatim	54	64	80	38	79	39	61	57	74	44
Total	423	513	556	380	572	364	428	508	493	443
%(Persentase)	45.2	54.8	59.4	40.6	61.1	38.9	45.7	54.3	52.7	47.3

Sumber: Lampiran Data Primer

Dari tabel di atas dapat dilihat jumlah terbesar responden/staf yang menilai bahwa yang lebih dari rerata dalam membangun budaya KP RS adalah pada indikator Kompetensi Diri (Kd) dan Pembelajar (Pb). Sedangkan indikator Penilaian Risiko (Pr), Kepatuhan (Kp) serta Prioritas Keselamatan (Pk) di beberapa RSMA sebagian responden menilai masih kurang dari rerata.

Secara keseluruhan dapat dilihat perbandingan rerata setiap indikator untuk variabel Kesadaran Individual antara RSMA dalam grafik sebagai berikut:



Gambar 5.3 Distribusi Rerata Indikator Kesadaran Individual antara RSMA

Dari grafik tersebut terlihat bahwa di hampir semua indikator Kesadaran Individual maka RS PKU Yogyakarta, RS Islam Cempaka Putih Jakarta mempunyai rerata yang melampaui rerata total RSMA. Sedangkan rerata RS Muhammadiyah Bandung selalu di bawah rerata total setiap indikator.

Terakhir, untuk variabel Budaya Keselamatan Pasien dinilai dari 21 butir kuesioner yang valid, dengan nilai minimum adalah 21 dan nilai maksimum 105 (skala penilaian 1 s/d 5). Nilai rerata total dari variabel Budaya KP di RSMA adalah 54,14.

Dari tabel di atas secara umum menunjukkan proporsi penilaian responden yang hampir berimbang terhadap kondisi budaya KP RS di RSMA. Sebanyak

54,14% menyatakan kondisi budaya KP yang lebih "baik" (lebih atau sama dengan dari rerata) dibanding yang kurang "baik"(kurang dari rerata) yaitu 48,4%.

Secara terperinci di masing-masing RS yang menjadi sampel, diperoleh distribusi penilaian responden sebagai berikut:

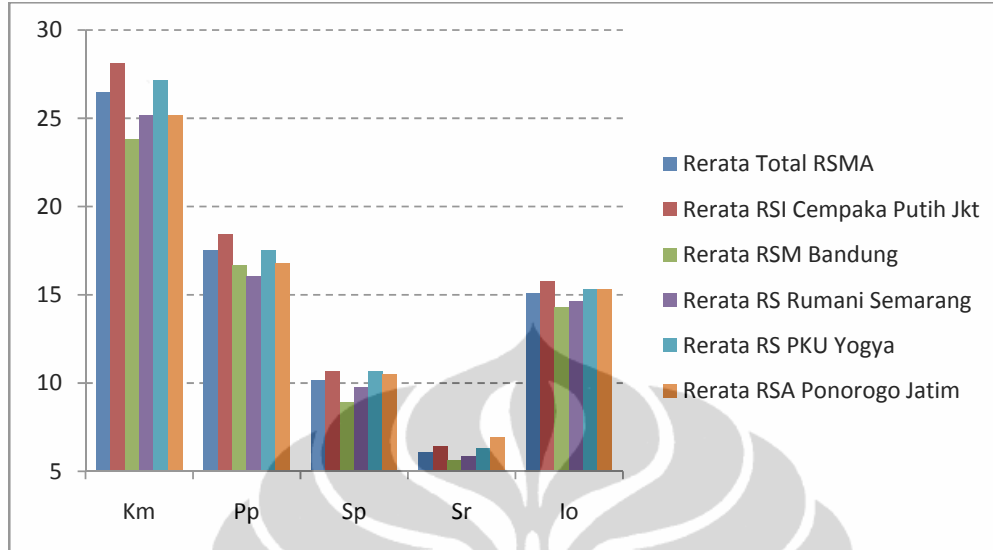
Tabel 5.12 Distribusi Responden berdasarkan Rerata Indikator Variabel Iklim KP
RSMA

Nama RSMA	Indikator									
	Km		Pp		Sp		Sr		Io	
	(x=26.5)		(x=17.5)		(x=10.1)		(x=6.1)		(x=15.1)	
	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$	$< \bar{x}$	$\geq \bar{x}$
RS Islam Cempaka Putih Jakarta	97	238	129	206	145	190	145	190	148	187
RS Muhammadiyah Bandung	91	79	104	66	103	67	85	85	118	52
RS Rumani Semarang	70	59	79	50	73	56	73	56	73	56
RS PKU Yogyakarta	82	102	79	105	85	99	112	72	94	90
RSA Ponorogo Jawa Timur	70	48	70	48	53	65	58	60	59	59
Total	410	526	461	475	459	477	483	453	492	444
%(Persentase)	43.8	56.2	49.3	50.7	49.0	51.0	51.6	48.4	52.6	47.4

Sumber: Lampiran Data Primer

Dari tabel di atas dapat dilihat hanya responden/staf di RS Cempaka Putih Jakarta yang sebagian besar menilai bahwa Iklim Keselamatan Pasien di tingkat organisasi/RS sudah dalam kondisi lebih baik (sama atau lebih dari rerata total), demikian pula di RS PKU Yogya (kecuali indikator Sistem Reward (Sr)). Adapun di tiga RS Muhammadiyah-Aisyah lainnya (Rumani, Bandung dan Ponorogo) sebagian responden menilai kondisi Budaya Keselamatan Pasien masih kurang baik (kurang dari rerata).

Secara keseluruhan dapat dilihat perbandingan rerata setiap indikator untuk variabel Kesadaran Individual di antara RSMA dalam grafik sebagai berikut:



Gambar 5.4 Distribusi Rerata Indikator Budaya KP RSMA

Terlihat bahwa di semua indikator Budaya KP di RSMA, maka RS PKU Yogyakarta dan RS Islam Cempaka Putih Jakarta mempunyai rerata yang melampaui rerata total RS Muhammadiyah "Aisyiyah" (RSMA). Sebaliknya di tiga RSMA lainnya (RS Rumani Semarang, RSA Ponorogo, RS Muhammadiyah Bandung) sebagian besar indikator masih berada di bawah kondisi rerata total RSMA

5.2 Analisis terhadap Output Program SEM

5.2.1 Analisis Awal terhadap Estimasi

Dalam metode estimasi *Maximum Likelihood*, banyaknya iterasi yang diperlukan sampai memperoleh konvergensi model pengukuran ini yang dilakukan adalah 34 kali. Persamaan-persamaan dari model pengukuran (*Measurement Equations*) terdiri dari tiga komponen, sebagai contoh:

$$\begin{aligned}
 & \text{Number of Iterations} = 34 \\
 & \text{Measurement Equations} \\
 & C5 = 0.53 * Team, \quad \text{Errorvar.} = 0.32 \quad , R^2 = 0.47 \\
 & \quad \quad \quad (0.022) \quad \quad \quad 14.25
 \end{aligned}$$

1) Persamaan Analisis Faktor

Komponen pertama ini menunjukkan hasil estimasi muatan faktor yang tidak distandarisasikan (*unstandardized loading factor*) antara variabel-variabel teramati dengan variabel latennya. Dari contoh output di atas, penjelasannya adalah sebagai berikut:

dimana :

- o 0.53 adalah nilai estimasi parameter yang memuat faktor yang tidak distandarisasikan
- o $14,25 > 1.96$ adalah nilai-t (*t-value*) yang menunjukkan bahwa nilai parameter tersebut adalah signifikan secara statistik.
- o 0.022 adalah *standard error* yang merupakan nilai yang digunakan untuk membagi nilai estimasi parameter sehingga diperoleh nilai-t

2) Error Variance

Komponen kedua ini menunjukkan hasil estimasi varian dari kesalahan pengukuran, yang juga mengandung estimasi parameter, *standard error* dan *t-value* seperti contoh di atas. Contoh formatnya di atas adalah :

$$\begin{array}{l} \text{Errorvar} = 0.32 \\ (0.022) \\ 20.12 \end{array}$$

3) R² (Koefisien Determinasi)

Komponen ketiga menunjukkan nilai R² (Koefisien Determinasi) yang dapat diartikan sebagai seberapa besar variasi dari variabel dependen yang dapat dijelaskan oleh variabel dependen. Pada contoh di atas : 47% dari variasi *Team* dapat dijelaskan oleh variasi dari C5.

Analisis awal terhadap hasil estimasi difokuskan kepada model pengukuran dan hal-hal berikut harus diperiksa (Wiyanto, 2008) :

- T-values dari muatan faktor hasil estimasi < 1.96 : artinya jika ada nilai-t dari estimasi muatan faktor < 1.96 maka estimasi muatan faktor tersebut tidak signifikan dan variabel teramati yang terkait bisa dihapuskan dari model
- *Standardized Loading Factors/SLF* (muatan faktor standar) > 0.50 (Igbaria et. Al., 1997) atau 0.70 (Rigdon & Ferguson, 1991). Jika ada muatan faktor

standar lebih kecil dari batas kritikal tersebut, maka variabel teramati terkait bisa dihapuskan dari model. Igbaria et. al.(1997) menambahkan, jika $0.30 \leq SLF < 0.50$, maka variabel yang terkait bisa dipertimbangkan untuk tidak dihapus. Sedangkan jika nilai $SLF < 0.30$ maka variabel terkait bisa dihapuskan dari model.

- Jika ada *error variances* yang negatif, maka ada variabel teramati yang perlu dihapus dari model, maka kita melakukan respesifikasi model sesuai dengan temuan kemudian model tersebut diproses ulang.

Selanjutnya kita lihat hasil analisis pengukuran untuk masing-masing variabel berdasarkan ketentuan di atas.

5.2.1.1 Kepemimpinan Transformasional

1) Evaluasi terhadap Validitas dari Model Pengukuran

Dari hasil output program LISREL **tahap akhir** yang diperoleh, maka dapat diringkas dalam bentuk tabel berikut untuk variabel laten Kepemimpinan Transformasional:

Tabel 5.13 Nilai-t (*t-value*), Muatan Faktor Standar (*SLF : Standardized Loading Factors*) dan Validitas Model Pengukuran Kepemimpinan Transformasional

Indikator/Variabel Teramati	Nilai-t	SLF	Kesimpulan validitas	
Stimulasi Intelektual (Si)	D1	**	0,77	Baik
	D3	27,00	0,81	Baik
	D5	26,07	0,79	Baik
	D10	26,04	0,79	Baik
Motivasi Inspirasional (Mi)	D4	**	0,79	Baik
	D8	27,87	0,81	Baik
	D14	27,52	0,81	Baik
Konsiderasi Individual (Ki)	D6	**	0,72	Baik
	D7	29,97	0,75	Baik
	D9	24,60	0,80	Baik
Idealisasi Pengaruh	D2	**	0,74	Baik
	D13	24,69	0,80	Baik

Indikator/Variabel Teramati	Nilai-t	SLF	Kesimpulan validitas	
(Ip)	D15	26,00	0,84	Baik

** : ditetapkan secara *default* oleh LISREL, nilai-t tidak diestimasi. Target nilai $t \geq 2$. (Sumber: Lampiran Data Primer output Lisrel)

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa 13 variabel teramati di atas :

- Nilai-t muatan faktor variabel > 1.96 (2), jadi muatan faktor dari variabel-variabel yang ada dalam model adalah signifikan atau tidak sama dengan nol
- Semua muatan faktor standar (SLF) > 0.70 , maka variabel yang terkait masuk dalam model.
- Variabel teramati yang mempunyai SLF $< 0,30$ dan tidak masuk model adalah: D12, GB2, GB1, D11, GB3, D16. (Lihat lampiran kuesioner)

2) Evaluasi terhadap Reliabilitas dari Model Pengukuran

Reabilitas komposit (*CR: Construct Reliability*) dan Ekstrak Varian (*VE: Variance Extract*) konstruk Kepemimpinan Transformasional dihitung sebagai berikut:

Tabel 5.14 Tabel Nilai *Std Loading* dan *e_j* dari variabel teramati untuk konstruk Kepemimpinan Transformasional

	<i>Std loading</i>	<i>e_j</i>
D1	0,77	0,40
D3	0,81	0,34
D5	0,79	0,38
D10	0,79	0,38
D4	0,79	0,38
D8	0,81	0,34
D14	0,81	0,35
D6	0,72	0,48
D7	0,75	0,44
D9	0,81	0,35
D2	0,74	0,46
D13	0,80	0,36

	<i>Std loading</i>	e_j
D15	0,84	0,29

(Sumber: Lampiran Data Primer output Lisrel)

Kesimpulan:

Dari tabel di atas, dilakukan perhitungan nilai CR dan VE. Diperoleh hasil nilai CR = $0,9583 \geq 0.70$, dan nilai VE = $0,9346 \geq 0.50$ (Lihat Lampiran Perhitungan CR dan VE), menyatakan bahwa reliabilitas model pengukuran (konstruk) Kepemimpinan Transformasional adalah baik.

Untuk proses analisis selanjutnya, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.15 Distribusi Nilai Estimasi, SLF, Nilai-t Indikator Kepemimpinan Transformasional

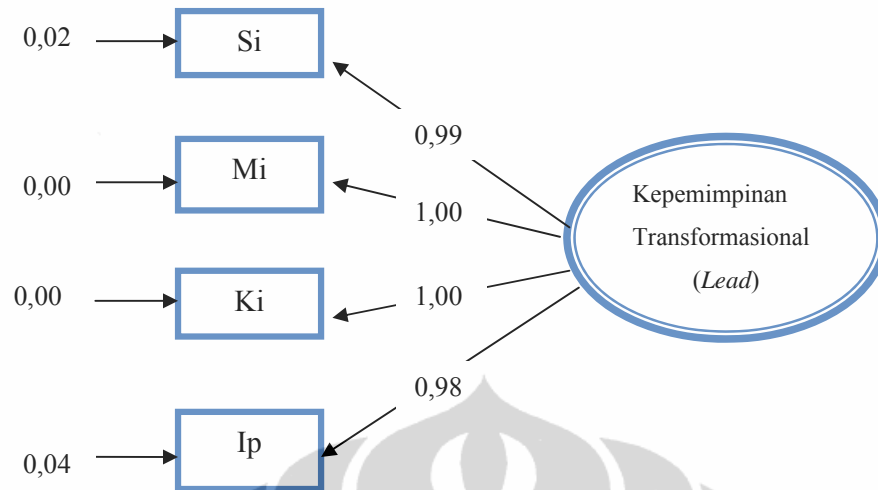
Indikator	SLF ($>0,7$: baik)	e_j	Nilai-t ($> 1,96$: sig)	Kesimpulan (validitas)
Si ← Lead	0,99	0,02	27,19	Baik
Mi ← Lead	1,00	0,00	28,42	Baik
Ki ← Lead	1,00	0,00	25,19	Baik
Ip ← Lead	0,98	0,04	25,14	Baik

(Sumber: Lampiran Data Primer output Lisrel)

Dari nilai SLF dan e_j , dapat dihitung nilai CR dan VE-nya, sehingga diperoleh nilai CR = $0,9600 \geq 0.70$, VE = $0,9584 \geq 0.50$ (lihat lampiran perhitungan CR dan VE). Artinya, reliabilitas model pengukuran (konstruk) Kepemimpinan Transformasional adalah baik (valid dan reliabel). Indikator Stimulasi Intelektual, Motivasi Inspirasional, Konsiderasi Individual dan Idealisasi Pengaruh merupakan variabel pengukuran yang baik bagi Kepemimpinan Transformasional dari manajemen senior/pimpinan RS.

Nilai SLF dari semua indikator di atas 0,50, dengan nilai tertinggi adalah indikator Mi dan Ki sebesar 1,00, yang berarti paling reliabel sekaligus paling valid, karena nilai *loading factor* paling tinggi (1,00) di antara indikator lainnya yang juga valid (SLF $>0,70$).

Dalam bentuk diagram dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 5.5 Diagram Model Struktural Kepemimpinan Transformasional

Adapun spesifikasi model pengukuran untuk masing-masing konstruk dari Kepemimpinan Transformasional (Lead) adalah sebagai berikut:

$$Si = 0,99 \text{ Lead} + 0,02$$

$$Mi = 1,00 \text{ Lead} + 0,00$$

$$Ki = 1,00 \text{ Lead} + 0,00$$

$$Ip = 0,98 \text{ Lead} + 0,04$$

Indikator Mi dan Ki memiliki loading 1 yang dilakukan agar variabel laten memiliki unit pengukuran yang sama dengan variabel observed: merupakan variabel-variabel *reference*.

3) Butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Kepemimpinan Transformasional

Dari hasil analisis di atas, diperoleh butir-butir kuesioner yang valid, yaitu:

Tabel 5.16 Butir-butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Kepemimpinan Transformasional

Indikator	Notasi	Butir Kuesioner
Stimulasi Intelektual (Si)	D1	Mendorong pegawai untuk kreatif menyelesaikan masalah keselamatan pasien yang ada

Indikator	Notasi	Butir Kuesioner
	D3	Mendorong pegawai untuk memecahkan masalah keselamatan pasien dengan rasional
	D5	Mendorong pegawai dalam mencari cara-cara yang baru/inovatif terkait keselamatan pasien
	D10	Mendorong pegawai menyelesaikan permasalahan keselamatan pasien secara hati-hati
Motivasi Inspirasional (Mi)	D4	Membangkitkan semangat kerja pegawai untuk berprestasi dalam upaya keselamatan pasien
	D8	Mendorong komitmen pegawai untuk melakukan yang terbaik dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan aman
	D14	Mendorong pegawai untuk meningkatkan kualitas upaya keselamatan pasien
Konsiderasi Individual (Ki)	D6	Memberikan perhatian yang baik kepada pegawai yang melakukan upaya keselamatan pasien
	D7	Menggali potensi pegawai dalam melakukan pelayanan kepada pasien dengan aman
	D9	Memberi dukungan kepada pegawai untuk menyelesaikan pelayanan pasien dengan baik
Idealisasi Pengaruh (Ip)	D2	Menjadi model keteladanan dalam upaya keselamatan pasien
	D13	Menunjukkan etika yang tinggi dalam proses pelayanan kepada pasien yang aman
	D15	Menunjukkan dedikasi yang tinggi dalam meningkatkan keselamatan pasien

(Sumber: Lampiran Kuesioner Penelitian)

Semua butir pernyataan kuesioner yang bernilai negatif tentang Kepemimpinan Transformasional tidak memenuhi kriteria validitas dan reliabilitas.

5.2.1.2 Kerjasama Tim (*Teamwork*)

1) Evaluasi terhadap Validitas dari Model Pengukuran

Dari hasil output program LISREL tahap akhir yang diperoleh, maka dapat diringkas dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 5.17 Validitas Model Pengukuran Kerjasama Tim

Indikator/Variabel Teramati	Nilai-t	SLF	Kesimpulan validitas	
Komunikasi (Ko)	C7	**	0,65	Baik
	C10	12,95	0,54	Baik
	C12	15,64	0,71	Baik
Rasa Saling	C5	**	0,68	Baik
Percaya/Trust (Tr)	C9	14,77	0,65	Baik
Kepaduan/	C6	**	0,67	Baik
Cohesiveness (Kh)	C11	17,42	0,71	Baik

** : ditetapkan secara default oleh LISREL, nilai-t tidak diestimasi. Target nilai $t \geq 2$. (Sumber: Lampiran Data Primer output Lisrel)

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa 7 variabel teramati di atas :

- Nilai-t muatan faktor variabel > 1.96 (2), jadi muatan faktor dari variabel-variabel yang ada dalam model adalah signifikan atau tidak sama dengan nol
- Lima variabel mempunyai faktor standar (SLF) : $0.30 \leq SLF < 0.70$, maka variabel yang terkait bisa dipertimbangkan untuk tidak dihapus, sedangkan dua variabel yaitu C12 dan C11 mempunyai $SLF \geq 0.70$ (baik)
- Variabel teramati yang mempunyai $SLF < 0,30$ dan tidak masuk model adalah: C1, C4, C12, GA1, GA2, C2, C8, C3, C13, GA3. (Lihat lampiran Kuesioner)

2) Evaluasi terhadap Reliabilitas dari Model Pengukuran

Reliabilitas komposit (*CR: Construct Reliability*) dan Ekstrak Varian (*VE: Variance Extract*) konstruk Kerjasama Tim dihitung sebagai berikut:

Tabel 5.18 Tabel Nilai Std Loading dan e_j dari Variabel Teramati untuk Konstruksi Kerjasama Tim

	Std loading	e_j
C7	0,65	0,58
C10	0,54	0,71
C12	0,71	0,49
C5	0,68	0,53
C9	0,65	0,58
C6	0,67	0,55
C11	0,71	0,50

(Sumber: Lampiran Data Primer output Lisrel)

Kesimpulan:

Diperoleh Nilai CR = $0,8436 \geq 0,70$, dan nilai VE = $0,7033 \geq 0,50$ (lihat lampiran perhitungan CR dan VE), yang menyatakan bahwa reliabilitas model pengukuran (konstruksi) Kerjasama Tim adalah baik.

Nilai SLF dari semua indikator-indikator di atas 0,50, dengan nilai tertinggi adalah indikator C12 dan C11 sebesar 0,71, yang berarti paling reliabel sekaligus paling valid, karena nilai loading factor paling tinggi (0,71) di antara indikator lainnya yang juga valid (SLF > 0,50).

Untuk proses analisis selanjutnya, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.19 Distribusi Nilai Estimasi, SLF, Nilai-t Indikator Kerjasama Tim

Indikator	SLF (>0,7: baik)	e_j	Nilai-t (> 1,96: sig)	Kesimpulan (validitas)
Ko ← Team	0,82	0,32	16,45	Baik
Tr ← Team	0,87	0,24	18,01	Baik
Kh ← Team	1,00	0,00	20,95	Baik

(Sumber: Lampiran Data Primer output Lisrel)

Dari nilai SLF dan e_j , dapat dihitung nilai CR dan VE-nya, sehingga diperoleh nilai CR = $0,9282 \geq 0,70$, VE = $0,9133 \geq 0,50$ (lihat lampiran perhitungan CR dan VE). Artinya, reliabilitas model pengukuran (konstruksi) Kerjasama Tim

adalah baik (valid dan reliabel). Indikator Komunikasi, Rasa Saling Percaya/Trust, dan Kepaduan/*Cohesiveness* merupakan variabel pengukuran yang baik bagi kondisi kerjasama tim di antara unit-unit yang ada RS.

Adapun spesifikasi model pengukuran untuk masing-masing konstruk dari Kerjasama Tim (*Team*) adalah sebagai berikut:

Kerjasama Tim (*Team*)

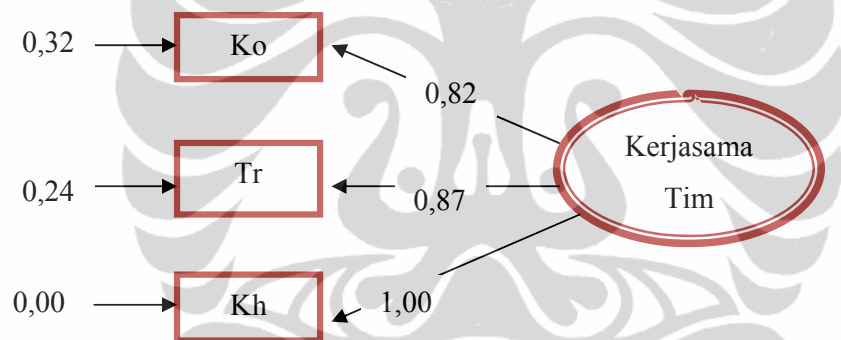
$$Ko = 0,82 Team + 0,32$$

$$Tr = 0,87 Team + 0,24$$

$$Kh = 1,00 Team + 0,00$$

Indikator Kh memiliki loading 1: merupakan variabel *reference*.

Dalam bentuk diagram dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 5.6 Model Struktural Kerjasama Tim

3) Butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Kerjasama Tim (*Team*)

Dari hasil analisis di atas, diperoleh butir-butir kuesioner yang valid, yaitu:

Tabel 5.20 Butir-butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Kerjasama Tim (*Team*)

Indikator	Notasi	Butir Kuesioner
Komunikasi (Ko)	C7	Informasi tertulis (berbentuk surat, sms, email, memo, dll) yang disampaikan antar pegawai di dalam unit

Indikator	Notasi	Butir Kuesioner
		ini dapat dengan mudah dipahami
	C10	Terjadi diskusi terbuka yang dilakukan pegawai di unit ini bersama-sama dengan pegawai dari unit kerja lain di RS ini tentang isu-isu keselamatan pasien
	C12	Pesan tertulis/memo antar unit yang disampaikan dalam proses layanan kesehatan kepada pasien dapat dipahami
Trust (Rasa Saling Percaya)	C5	Adanya saling percaya terhadap kejujuran setiap pegawai
	C9	Adanya rasa saling percaya bahwa setiap pegawai memiliki loyalitas terhadap organisasi/RS
Kepaduan (Cohesiveness)	C6	Setiap pegawai diberikan peran penting dalam proses pelayanan kesehatan bagi pasien
	C11	Staf dan pimpinan di unit bekerja dengan kompak untuk menjamin pelayanan kesehatan yang aman

(Sumber: Lampiran Kuesioner Penelitian)

Semua butir pernyataan kuesioner yang bernilai negatif tentang Kerjasama Tim tidak memenuhi kriteria validitas dan reliabilitas.

5.2.1.3 Kesadaran Individual

1) Evaluasi terhadap validitas dari model pengukuran

Dari hasil output program LISREL yang diperoleh, maka dapat diringkas dalam bentuk tabel berikut untuk variabel laten Kesadaran Individual:

Tabel 5.21 Nilai-t (*t-value*), Muatan Faktor Standar (*SLF : Standardized Loading Factors*) dan Validitas Model Pengukuran Kesadaran Individual

Indikator/Variabel Teramati	Nilai-t	<i>SLF</i>	Kesimpulan validitas	
Kompetensi Diri (Kd)	E1	**	0,88	Baik
	E2	20,33	0,80	Baik
Penilaian Risiko (Pr)	E3	**	0,59	Baik
	E9	17,13	0,76	Baik
Kepatuhan (Kp)	E8	**	0,78	Baik
	GC2	14,13	0,51	Baik
Pembelajar (Pb)	E11	**	0,63	Baik
	GC7	15,61	0,61	Baik
Prioritas Keselamatan (Pk)	GC8	**	0,82	Baik
	GC9	17,77	0,82	Baik

** : ditetapkan secara default oleh LISREL, nilai-t tidak diestimasi. Target nilai $t \geq 2$. (Sumber: Lampiran Data Primer output Lisrel)

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa 10 variabel teramati di atas :

- Nilai-t muatan faktor variabel $> 1.96 (2)$, jadi muatan faktor dari variabel-variabel yang ada dalam model adalah signifikan atau tidak sama dengan nol.
- Ada enam variabel dengan muatan faktor standar (*SLF*) > 0.70 , kecuali E3, E7, E11, GC2 dan GC7 dengan $CLF \geq 0.50$, maka variabel yang terkait bisa dipertimbangkan untuk tidak dihapus.
- Variabel teramati yang mempunyai *SLF* $< 0,30$ dan tidak masuk model adalah: E4, E5, GC3, GC4, E7, GC10, E16, E17, GC1, GC5, E10, E13, E14, E12, E15. (lihat lampiran kuesioner)

2) Evaluasi terhadap reliabilitas dari model pengukuran

Reabilitas komposit (*CR:Construct Reliability*) dan Ekstrak Varian (*VE:Variance Extract*) konstruk Kesadaran Individual dihitung sebagai berikut:

Tabel 5.22 Tabel Nilai Std Loading dan e_j dari variabel teramati untuk konstruk Kesadaran Individual

	Std loading	e_j
E1	0,88	0,22
E2	0,80	0,36
E3	0,59	0,65
E9	0,76	0,42
E8	0,78	0,39
GC2	0,51	0,74
E11	0,63	0,60
GC7	0,61	0,63
GC8	0,82	0,33
GC9	0,82	0,32

(Sumber: Lampiran Data Primer output Lisrel)

Kesimpulan:

Diperoleh Nilai $CR = 0,9239 \geq 0,70$, dan nilai $VE = 0,8733 \geq 0,50$ (lihat lampiran perhitungan CR dan VE), menyatakan bahwa reliabilitas model pengukuran (konstruk) Kesadaran Individual adalah baik. Nilai SLF tertinggi adalah indikator E1 sebesar 0,88, yang berarti paling reliabel sekaligus paling valid, karena nilai loading factor paling tinggi (0,88) di antara indikator lainnya yang juga valid ($SLF > 0,50$).

Untuk proses analisis selanjutnya, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.23 Distribusi Nilai Estimasi, SLF, Nilai-t Indikator Kesadaran Individual

Indikator	SLF		Nilai-t ($> 1,96$: sig)	Kesimpulan (validitas)
	($> 0,7$: baik)	e_j		
Kd ← Indiv	0,66	0,56	18,33	Baik
Pr ← Indiv	1,00	0,00	18,23	Baik
Kp ← Indiv	0,95	0,10	24,75	Baik
Pb ← Indiv	1,00	0,00	20,21	Baik
Pk ← Indiv	0,62	0,61	15,47	Baik

(Sumber: Lampiran Data Primer output Lisrel)

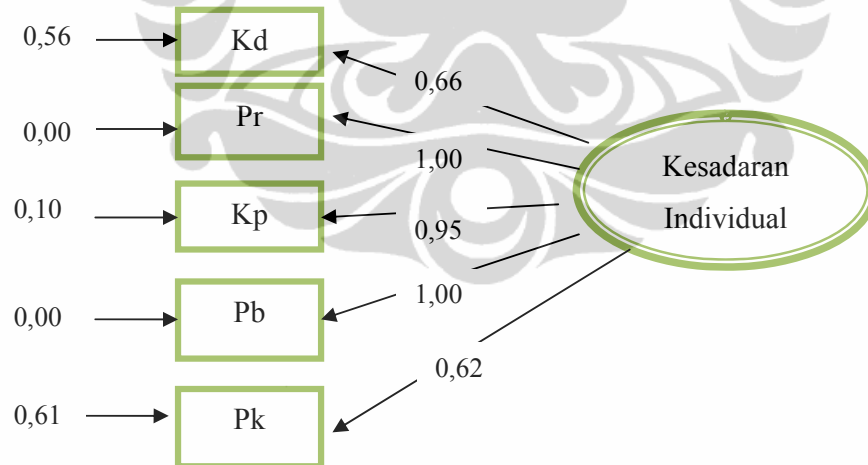
Dari nilai SLF dan e_j , dapat dihitung nilai CR dan VE-nya, sehingga diperoleh nilai $CR = 0,9337 \geq 0,70$, $VE = 0,9160 \geq 0,50$ (lihat lampiran perhitungan CR dan VE). Artinya, reliabilitas model pengukuran (konstruk) Kesadaran Individual adalah baik (valid dan reliabel). Indikator Kompetensi Diri, Penilaian Risiko, Kepatuhan, Pembelajar, Prioritas Keselamatan merupakan variabel pengukuran yang baik bagi Kesadaran Individual dari seluruh staf RS.

Adapun spesifikasi model pengukuran untuk masing-masing konstruk dari Kesadaran Individual (*Indiv*) adalah sebagai berikut:

Kesadaran Individual (*Indiv*)

$$\begin{aligned} Kd &= 0,66 \text{ Indiv} + 0,56 \\ Pr &= 1,00 \text{ Indiv} + 0,00 \\ Kp &= 0,95 \text{ Indiv} + 0,10 \\ Pb &= 1,00 \text{ Indiv} + 0,00 \\ Pk &= 0,62 \text{ Indiv} + 0,61 \end{aligned}$$

Dalam bentuk diagram dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 5.7 Model Pengukuran Konstruk Kesadaran Individual

3) Butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Kesadaran Individual (Indiv)

Dari hasil analisis di atas, diperoleh butir-butir kuesioner yang valid, yaitu:

Tabel 5.24 Butir-butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Kesadaran Individual

Indikator	Notasi	Butir Kuesioner
Kompetensi Diri (Kd)	E1	Saya mampu menganalisis risiko Keselamatan Pasien
	E2	Saya memiliki pengetahuan yang memadai tentang pelaporan insiden
Penilaian Risiko (Pr)	E3	Saya melakukan langkah-langkah tertentu untuk meminimalisasi bahaya-bahaya saat bekerja
	E9	Saya mempertimbangkan keselamatan pasien dengan matang pada setiap keputusan yang saya ambil dalam pelayanan kesehatan
Kepatuhan (Kp)	E8	Saya menjalankan aturan keselamatan pasien yang ada
	GC2	Saya melakukan jalan pintas terhadap prosedur keselamatan pasien agar pekerjaan saya lebih cepat selesai
Pembelajar (Pb)	E11	Saya mempelajari cara-cara untuk memperbaiki pelayanan kepada pasien dengan aman
	GC7	Saya mengutamakan untuk mempelajari langkah-langkah yang meminimalkan kesalahan saat melayani pasien
Prioritas Keselamatan (Pk)	GC8	Saya mempertimbangkan isu-isu keselamatan pasien jika ada peralatan/sarana baru
	GC9	Saya mempertimbangkan keselamatan pasien jika ada perubahan program/proses layanan

(Sumber: Lampiran Kuesioner Penelitian)

Hanya ada satu butir pernyataan kuesioner yang bernilai negatif (GC2) tentang Kesadaran Individual memenuhi kriteria validitas dan reliabilitas.

5.2.2 Evaluasi Pengujian Kriteria Indeks GoF Model Pengukuran Variabel Laten Eksogen

Hasil analisis keseluruhan model terhadap Kriteria GoF dari variabel laten eksogen (Lead, Team, Indiv) adalah sebagai berikut:

a. Kelompok (1)

Goodness of Fit Statistics
Degrees of Freedom = 393
Minimum Fit Function Chi-Square = 2072.32 (P = 0.0)
Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 2524.79 (P = 0.0)
Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 2131.79
90 Percent Confidence Interval for NCP = (1976.72 ; 2294.29)

- *Chi-Square* (df- 389) adalah 2072,32 dengan $p=0,0$: Nilai *Chi-Square* ini besar dan nilai $p=0,00 < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan kecocokan model kurang baik. Nilai χ^2 memberikan penaksir-penaksir parameter yang secara matematis meminimalkan perbedaan model yang dispesifikasikan, tetapi nilai χ^2 akan meningkat jika sampel semakin besar. Hal ini karena statistik χ^2 adalah fungsi matematik dari jumlah sampel (N) dan perbedaan antara matriks kovarians *observed* dengan *estimated*. Persamaan matematiknya adalah $\chi^2 = (N-1) (S - \Sigma_k)$, dimana N: jumlah sampel, S adalah matriks kovarians *observed* dan Σ_k matriks kovarians estimasi. Jadi, meskipun perbedaan matriks kovarians konstan, nilai χ^2 meningkat jika jumlah sampel membesar. SEM sendiri merekomendasikan jumlah sampel yang besar, sehingga ukuran sampel yang besar seharusnya tidak mempengaruhi fit-nya suatu model SEM (utamanya jika jumlah faktor lebih banyak, jumlah sampel yang diperlukan menjadi lebih besar). Statistik χ^2 cocok untuk ukuran sampel antara 100 s/d 200, sehingga uji signifikansi menjadi kurang reliabel jika ukuran sampel di luar *range* nilai tersebut. Untuk itu, uji GOF dengan menggunakan nilai statistik χ^2 sulit digunakan jika merupakan satu-satunya ukuran/indikator fitnya SEM (Hair et.al., 2006).

NCP = 2048,55 adalah nilai yang besar, CI dari NCP adalah lebar, sehingga sehingga dapat disimpulkan kecocokan model kurang baik.

*Untuk analisis selanjutnya kriteria ini tidak digunakan sebagai ukuran GoF pada analisis hasil output Lisrel penelitian.

b. Kelompok (2)

Minimum Fit Function Value = 2.22
Population Discrepancy Function Value (F0) = 2.28
90 Percent Khnfidence Interval for F0 = (2.11 ; 2.45)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.076
90 Percent Khnfidence Interval for RMSEA = (0.073 ; 0.076)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.00

- RMSEA merupakan indeks yang dapat digunakan untuk mengkompensasi statistik χ^2 dalam sampel yang besar.
- RMSEA = 0,076 < 0,08, yang menunjukkan kecocokan model baik (*good fit*)
- 90% CI dari RMSEA adalah (0,073 ; 0,076) yang berarti estimasi nilai RMSEA mempunyai presisi yang baik (*good degree of precision*)
- *P-value for test of close fit* (RMSEA < 0,05) = 0,00 < 0,05, kecocokan model tidak close fit (*test of close fit* adalah $\geq 0,05$)

c. Kelompok (3)

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 2.85
90 Percent Khnfidence Interval for ECVI = (2.69 ; 3.03)
ECVI for Saturated Model = 0.99
ECVI for Independence Model = 17.65

- Biasanya ECVI digunakan untuk perbandingan model : ECVI model = 2,85, ECVI *Saturated model* = 0,99, ECVI *Independence model* = 17,65, yang menunjukkan bahwa ECVI model lebih dekat dengan ECVI *Saturated* dibanding ECVI *Independence* (ECVI *Saturated* mendekati ”*best fit*” dan *Independence* model mewakili ” *worst fit*”). Dengan asumsi jarak ECVI *independence* dengan ECVI *saturated* adalah 100, perhitungannya adalah $(2,69-0,99)/(17,65-0,99)*100 = 0,96$. Dengan demikian jarak ECVI model ke ECVI *independence* model = 96. Jadi ECVI model sangat dekat dengan *saturated model*. Selain itu, ECVI model berada di dalam 90% CI untuk ECVI, yang menunjukkan nilai ECVI mempunyai presisi yang baik.

d. Kelompok (4)

Chi-Square for Independence Model with 435 Degrees of Freedom =
16444.53
Independence AIC = 16504.53
Model AIC = 2668.79
Saturated AIC = 930.00
Independence CAIC = 16679.78
Model CAIC = 3089.39
Saturated CAIC = 3646.35

- AIC juga digunakan sebagai perbandingan model. Jarak model AIC lebih dekat dengan *Saturated AIC* dibanding *Independence AIC* yaitu $(2668.79-930.00)/(16679.78-930.00)*100= 10,54$, jadi keseluruhan model adalah baik.
- Dengan cara yang sama, jarak CAIC juga lebih dekat ke *saturated CAIC* dibanding *independence CAIC*, jadi keseluruhan model adalah baik

e. Kelompok (5)

Normed Fit Index (NFI) = 0.87
Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.88
Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.79
Khmparative Fit Index (CFI) = 0.90
Incremental Fit Index (IFI) = 0.90
Relative Fit Index (RFI) = 0.86

- Kecuali PNFI, nilai-nilai yang lainnya dikenal sebagai "magic 0,90" ($GOFI \geq 0,9$: nilai kecocokan keseluruhan model yang baik), yaitu:
 - NFI = 0,87 ~ 0,9 : kecocokan model moderate
 - NNFI = 0,88 ~ 0,9 : kecocokan model moderate
 - CFI = 0,9 : kecocokan model baik
 - IFI = 0,9 : kecocokan model baik
 - RFI = 0,86 ~ 0,9 : kecocokan model moderate

f. Kelompok (6)

Critical N (CN) = 209.06

- $CN = 209,06 \geq 200$, menunjukkan bahwa model merepresentasikan data sampel, ukuran sampel mencukupi untuk menghasilkan model fit menggunakan *Chi-Square Test*.

g. Kelompok (7)

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.049
 Standardized RMR = 0.054
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.85
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.82
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.72

- Standardized RMR = 0,049 ≤ 0,05 : kecocokan keseluruhan model baik
- GFI = 0,85 ~ 0,9 : kecocokan keseluruhan model moderate
- AGFI = 0,82 : kecocokan model moderate
- PGFI= 0,72 : digunakan untuk perbandingan model.

Hasil-hasil ukuran GoF yang baik di atas dapat dirangkum dalam tabel berikut:

Tabel 5.25 Hasil Pengujian Kriteria GoF Variabel Laten Eksogen
(Lead, Team, Indiv)

Ukuran GoF	Target Tingkat Kecocokan (<i>good fit</i>)	Hasil Estimasi	Kesimpulan Tingkat Kecocokan
RMSEA	RMSEA ≤ 0,08	0,076	Baik
P (<i>close fit</i>)	P ≤ 0,05	0,00	
CFI	CFI ≥ 0,90	0,9	Baik
IFI	IFI ≥ 0,90	0,9	Baik
CN	CN ≥ 200	211,52	Baik
RMR	RMR ≤ 0,05	0,049	Baik

(Sumber : Lampiran Output Lisrel)

Dari tabel di atas bisa dilihat bahwa ada 4 ukuran GOF menunjukkan kecocokan yang baik. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa kecocokan keseluruhan model pengukuran untuk variabel eksogen (*Lead, Team dan Indiv*) adalah baik.

5.2.2.1 Iklim Keselamatan Pasien (*Climate*)

1) Evaluasi terhadap validitas dari model pengukuran

Dari hasil output program LISREL tahap akhir yang diperoleh, maka dapat diringkas dalam bentuk tabel berikut untuk variabel laten Iklim Keselamatan Pasien:

Tabel 5.26 Nilai-t (*t-value*), Muatan Faktor Standar (*SLF : Standardized Loading Factors*) dan Validitas Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien

Indikator/Variabel Teramati	Nilai-t	SLF	Kesimpulan validitas	
Komitmen Manajemen (Km)	F1	**	0,65	Baik
	F2	19,09	0,73	Baik
	F3	22,34	0,70	Baik
	F5	15,66	0,58	Baik
	F6	18,82	0,72	Baik
	F7	19,36	0,75	Baik
	F8	19,79	0,77	Baik
	Pemberdayaan Pegawai (Pp)	F9	**	0,78
F10		22,85	0,72	Baik
F13		24,22	0,76	Baik
F14		21,25	0,68	Baik
F18		26,20	0,81	Baik
Sistem Pelaporan (Sp)		F16	**	0,69
	F17	21,00	0,77	Baik
	F23	19,22	0,70	Baik
	Sistem Reward (Sr)	F19	**	0,68
F21		10,70	0,39	Baik
Identitas Organisasi (Io)	F22	**	0,63	Baik
	F25	16,39	0,73	Baik
	F26	12,79	0,52	Baik
	F27	16,46	0,74	Baik

(Sumber: Lampiran output Lisrel)

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa 22 variabel teramati di atas :

- Nilai-t muatan faktor variabel > 1.96 (2), jadi muatan faktor dari variabel-variabel yang ada dalam model adalah signifikan atau tidak sama dengan nol.
- Hampir semua muatan faktor standar (SLF) > 0.70 , kecuali F21 dengan $30 \leq SF < 0.50$, maka variabel yang terkait bisa dipertimbangkan untuk tidak dihapus.
- Nilai SLF 0,39 dianggap mencapai tingkat minimal dari interpretasi struktur, serta memenuhi jumlah sampel minimal untuk SLF 0,30, yaitu signifikan pada $\alpha=0,05$ (*power test* = 0,80) jika $n \geq 350$. Dalam penelitian ini jumlah sampel adalah 936 (≥ 350) (Hair, 2006).
- Variabel teramati yang mempunyai SLF $<0,30$ dan tidak masuk model adalah: F4, F12, F15, F11, F17, F19, F20, F24, GD1. (Lihat lampiran kuesioner)

2) Evaluasi terhadap reliabilitas dari model pengukuran

Reabilitas komposit (*CR:Construct Reliability*) dan Ekstrak Varian (*VE:Variance Extract*) konstruk Iklim Keselamatan Pasien dihitung sebagai berikut:

Tabel 5.27 Tabel Nilai Std Loading dan e_j dari variabel teramati untuk konstruk Iklim Keselamatan Pasien

butir	Std loading	e_j
F1	0,65	0,58
F2	0,73	0,40
F3	0,70	0,51
F5	0,58	0,66
F6	0,72	0,48
F7	0,75	0,44
F8	0,77	0,41
F9	0,78	0,40
F10	0,72	0,48
F13	0,76	0,42
F14	0,68	0,54
F18	0,81	0,34
F16	0,69	0,52
F17	0,77	0,40
F23	0,70	0,51
F19	0,68	0,54
F21	0,39	0,85
F22	0,63	0,61
F25	0,73	0,47
F26	0,52	0,73
F27	0,74	0,46

(Sumber: Lampiran Output Lisrel)

Kesimpulan: Diperoleh nilai $CR = 0,951801265 \geq 0,70$, dan nilai $VE = 0,90811538 \geq 0,50$ (Lihat lampiran perhitungan CR dan VE), yang menyatakan bahwa reliabilitas model pengukuran (konstruk) Iklim Keselamatan Pasien adalah baik.

Untuk proses analisis selanjutnya, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.28 Distribusi Nilai Estimasi, SLF, Nilai-t Indikator
Iklim Keselamatan Pasien

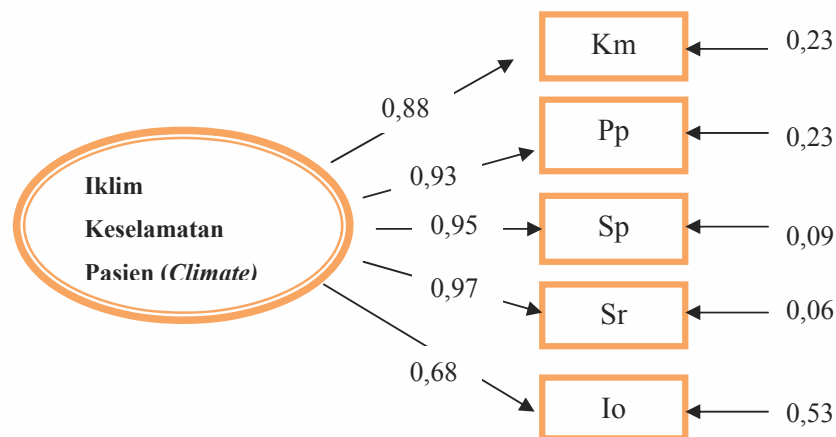
Indikator	SLF	e_j	Nilai-t ($> 1,96$: sig)	Kesimpulan (validitas)
	($>0,7$: baik)			
Km ← Culture	0,88	0,23	19,40	Baik
Pp ← Culture	0,93	0,23	25,10	Baik
Sp ← Culture	0,95	0,09	21,92	Baik
Sr ← Culture	0,97	0,06	21,63	Baik
Io ← Culture	0,68	0,53	14,84	Baik

Dari nilai SLF dan e_j , dapat dihitung nilai CR dan VE-nya, sehingga diperoleh nilai $CR = 0,9446 \geq 0,70$, $VE = 0,9317 \geq 0,50$. Artinya, reliabilitas model pengukuran (konstruk) Kesadaran Individual adalah baik (valid dan reliabel). Indikator Komitmen Manajemen, Pemberdayaan Pegawai, Sistem Pelaporan, Sistem Reward, Identitas Organisasi merupakan variabel pengukuran yang baik bagi kondisi iklim keselamatan pasien di RS.

Adapun spesifikasi model pengukuran untuk masing-masing konstruk dari Iklim Keselamatan Pasien (*Climate*) adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned} Km &= 0,88 \text{ Climate} + 0,23 \\ Pp &= 0,93 \text{ Climate} + 0,23 \\ Sp &= 0,95 \text{ Climate} + 0,09 \\ Sr &= 0,97 \text{ Climate} + 0,06 \\ Io &= 0,68 \text{ Climate} + 0,53 \end{aligned}$$

Dalam bentuk diagram dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 5.8 Model Struktural Variabel Iklim Keselamatan Pasien (*Climate*)

4) Butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Iklim Keselamatan Pasien (*Climate*)

Dari hasil analisis di atas, diperoleh butir-butir kuesioner yang valid, yaitu:

Tabel 5.29 Butir-butir Kuesioner yang Valid dan Reliabel untuk Variabel Iklim Keselamatan Pasien (*Climate*)

Indikator	Notasi	Butir Kuesioner
Komitmen Manajemen (Km)	F1	RS menyediakan anggaran yang memadai untuk memberikan layanan pasien yang aman
	F2	RS menginformasikan adanya kebijakan-kebijakan tentang Keselamatan Pasien kpd pegawai dgn berbagai media atau kegiatan
	F3	RS menyediakan sarana yang memadai untuk memberikan layanan pasien yang aman
	F5	RS melibatkan Komite Khusus untuk Keselamatan Pasien di dalam struktur organisasi
	F6	Tersedia Pedoman-pedoman Keselamatan Pasien di RS
	F7	RS menyediakan sumberdaya manusia yang memadai untuk memberikan layanan pasien yang aman
	F8	Kebijakan tertulis tentang Keselamatan Pasien disosialisasikan oleh pimpinan RS
	Pemberdayaan Pegawai (Pp)	F9
F10		Pegawai diajarkan untuk mewaspadaikan dan mengenali potensi-potensi bahaya saat bekerja
F13		RS menyediakan pelatihan atau seminar khusus tentang keselamatan pasien
F14		Pegawai didorong untuk memberikan saran dan kritik untuk perbaikan upaya keselamatan pasien di RS
F18		Pegawai diberi kesempatan untuk mendapatkan pelatihan Keselamatan Pasien yang sesuai dengan yang ia butuhkan
Sistem Pelaporan	F16	Di RS ini terdapat komite Keselamatan pasien yang

Indikator	Notasi	Butir Kuesioner
(Sr)		terbuka menerima laporan tentang isu-isu Keselamatan Pasien
	F17	Penyelidikan/investigasi terhadap isu-isu Keselamatan Pasien didiskusikan rutin di pertemuan-pertemuan setiap unit/bagian di RS
	F23	Pegawai yang terlibat dalam kasus Keselamatan Pasien melaporkan kasusnya dengan cepat dan mudah kepada Komite Keselamatan Pasien RS
Sistem Reward (Sr)	F19	Pegawai yang terlibat dalam kasus Keselamatan Pasien dilibatkan dalam analisis kasus untuk mencari solusinya tanpa merasa mendapat tekanan negatif
	F21	RS memberikan penghargaan terhadap perilaku aman pegawai
Identitas Organisasi (10o)	F22	Pegawai di RS ini aktif dalam menerapkan nilai-nilai Islami dalam melayani pasien
	F25	Pegawai di RS ini memiliki kebanggaan melayani pasien dengan aman sebagai bagian dalam pengabdian di organisasi Muhammadiyah
	F26	Pegawai di RS ini berani melaporkan upaya-upaya terjadinya penyimpangan pada proses pelayanan pasien
	F27	Pegawai RS ini saling mengingatkan untuk melakukan upaya keselamatan pasien

(Sumber: Lampiran Kuesioner penelitian)

Semua butir pernyataan kuesioner yang bernilai negatif tentang Iklim Keselamatan pasien tidak memenuhi kriteria validitas dan reliabilitas.

3) Evaluasi Pengujian Kriteria Indeks GoF Variabel Iklim Keselamatan Pasien

Sebagaimana contoh proses analisis kecocokan model terhadap Kriteria GoF dari variabel eksogen di atas, maka rumusan hasil analisis kecocokan untuk variabel laten endogen *Climate* disajikan pada tabel berikut:

Tabel 5.30 Hasil Pengujian Kriteria GoF Variabel Laten Endogen "Climate"

Ukuran GOF	Target Tingkat Kecocokan (<i>good fit</i>)	Hasil Estimasi	Kesimpulan Tingkat Kecocokan
RMSEA	RMSEA \leq 0,08	0,075	Baik
P (<i>close fit</i>)	P \leq 0,05	0,00	
ECVI	Nilai yang kecil dan dekat dengan ECVI saturated	M*= 1,61 S*=0,59 I*=11,23	Baik
AIC	Nilai yang kecil dan dekat dengan AIC saturated	M*=1504,89 S*=552,00 I*=10502,38	Baik
CAIC	Nilai yang kecil dan dekat dengan CAIC saturated	M*=1808,65 S*=2164,29 I*=10636,74	Baik
NFI	NFI \geq 0,90	0,90	Baik
CFI	CFI \geq 0,90	0,91	Baik
IFI	IFI \geq 0,90	0,91	Baik
CN	CN \geq 200	211,08	Baik
RMR	RMR \leq 0,05	0,046	Baik
GFI	GFI \geq 0,90	0,90	Baik

M* : Model, S*: Saturated, I*: Independence Model

(Sumber : Lampiran output Lisrel)

Dari tabel di atas bisa dilihat bahwa ada 10 ukuran GoF yang menunjukkan kecocokan yang baik. Dengan demikian maka kecocokan keseluruhan model untuk variabel endogen *Climate* adalah baik.

5.2.3 Analisis Keseluruhan 2nd Order Model

1) Evaluasi Validitas Model Pengukuran Keseluruhan

Dari hasil output program tahap akhir *2nd Order Model* yang diperoleh, maka dapat diringkas dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 5.31 Nilai-t (*t-value*), Muatan Faktor Standar (*SLF : Standardized Loading Factors*) dan Validitas Model Pengukuran Keseluruhan Iklim Keselamatan Pasien

Variabel Laten	Indikator	SLF	Nilai-t	Kesimpulan Validitas
Kepemimpinan Transformasional (Lead)	Stimulasi Intelektual (Si)	0,99	42,38	Baik
	Motivasi Inspirasional (Mi)	0,97	41,00	Baik

Variabel Laten	Indikator	SLF	Nilai-t	Kesimpulan Validitas	
	Konsiderasi Individual (Ki)	0,95	39,51	Baik	
	Idealisasi Pengaruh (Ip)	0,98	41,57	Baik	
	Kerjasama Tim (Team)	Komunikasi (Ko)	0,93	37,95	Baik
	Rasa Saling Percaya/ Trust (Tr)	0,85	32,63	Baik	
Kesadaran Individual (Indiv)	Kepaduan/Cohesiveness (Kh)	1,00	42,83	Baik	
	Penilaian Kompetensi Diri (Kd)	0,73	26,16	Baik	
	Penilaian Risiko (Pr)	0,98	41,16	Baik	
	Kepatuhan (Kp)	0,93	37,74	Baik	
	Pembelajar (Pb)	0,98	41,52	Baik	
Iklim Keselamatan Pasien (Climate)	Prioritas Keselamatan (Pk)	0,94	38,07	Baik	
	Komitmen Manajemen (Km)	0,88	33,15	Baik	
	Pemberdayaan Pegawai (Pp)	0,92	35,48	Baik	
	Sistem Pelaporan (Sp)	0,95	37,82	Baik	
	Sistem Reward (Sr)	0,95	37,49	Baik	
	Identitas Organisasi (Io)	0,71	24,29	Baik	

(Sumber: Lampiran Output Lisrel)

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa 22 variabel teramati di atas :

- Nilai-t muatan faktor variabel > 1.96 (2), jadi muatan faktor dari variabel-variabel yang ada dalam model adalah signifikan atau tidak sama dengan nol.
- Semua muatan faktor standar (SLF) > 0.70 , maka variabel yang terkait bisa masuk dalam model.

2) Evaluasi terhadap Reliabilitas dari Model Pengukuran

Reabilitas komposit (*CR:Construct Reliability*) dan Ekstrak Varian (*VE:Variance Extract*) konstruk Iklim Keselamatan Pasien dihitung sebagai berikut:

Tabel 5.32 Tabel Nilai Std Loading dan e_j dari Variabel Teramati

	Std loading	e_j
Si	0,99	0,02
Mi	0,97	0,05
Ki	0,95	0,09
Ip	0,98	0,04
Ko	0,92	0,15

	Std loading	e_j
Tr	0,85	0,29
Kh	1,00	0,01
Kd	0,73	0,46
Pr	0,98	0,05
Kp	0,93	0,13
Pb	0,98	0,04
Pk	0,94	0,12
Km	0,88	0,23
Pp	0,92	0,16
Sp	0,95	0,09
Sr	0,95	0,10
Io	0,71	0,50

(Sumber: Lampiran Output Lisrel)

Kesimpulan:

Diperoleh nilai $CR = 0,9897 \geq 0.70$, dan nilai $VE = 0,9881 \geq 0.50$ (Lihat lampiran pengukuran CR dan VE), yang menyatakan bahwa reliabilitas model pengukuran (konstruk) adalah baik.

Adapun spesifikasi model pengukuran untuk masing-masing konstruk dari variabel laten (eksogen dan endogen) adalah sebagai berikut:

- Variabel laten endogen : Climate (Iklim Keselamatan Pasien)

$$K_m = 0,88 \text{ Climate} + 0,23$$

$$P_p = 0,92 \text{ Climate} + 0,16$$

$$S_p = 0,95 \text{ Climate} + 0,09$$

$$S_r = 0,95 \text{ Climate} + 0,10$$

$$I_o = 0,71 \text{ Climate} + 0,50$$

dimana :

K_m : komitmen manajemen

P_p : pemberdayaan pegawai

S_p : sistem pelaporan

S_r : sistem reward

I_o : identitas organisasi

- Variabel laten eksogen: Kepemimpinan Transformasional (Lead):

$$S_i = 0,99 \text{ Lead} + 0,02$$

$$M_i = 0,97 \text{ Lead} + 0,05$$

$$K_i = 0,95 \text{ Lead} + 0,09$$

$$Ip = 0,98 \text{ Lead} + 0,04$$

dimana :

Si : stimulasi intelektual

Mi: motivasi inspirational

Ki: konsiderasi individual

Ip: idealisasi pengaruh

- Variabel laten eksogen: Kerja Tim / *Teamwork* (Team)

$$Ko = 0,92 \text{ Team} + 0,15$$

$$Tr = 0,85 \text{ Team} + 0,29$$

$$Kh = 1,01 \text{ Team} - 0,01$$

dimana :

Ko: komunikasi

Tr : rasa saling percaya

Kh: kepaduan/ *Cohesiveness*

- Variabel laten eksogen: Kesadaran Individual (Indiv)

$$Kd = 0,73 \text{ Indiv} + 0,46$$

$$Pr = 0,98 \text{ Indiv} + 0,05$$

$$Kp = 0,93 \text{ Indiv} + 0,13$$

$$Pb = 0,98 \text{ Indiv} + 0,04$$

$$Pk = 0,94 \text{ Indiv} + 0,12$$

dimana :

Kd : penilaian kompetensi diri

Pr : penilaian risiko

Kp : kepatuhan

Pb : pembelajar

Pk : prioritas keselamatan

3) Evaluasi Pengujian Kriteria Indeks GoF Model Pengukuran

Sebagaimana contoh proses analisis kecocokan model terhadap Kriteria GoF dari variabel eksogen di atas, maka rumusan hasil analisis kecocokan untuk keseluruhan variabel laten disajikan pada tabel berikut:

Tabel 5.33 Hasil Pengujian Kriteria GOF Variabel Laten

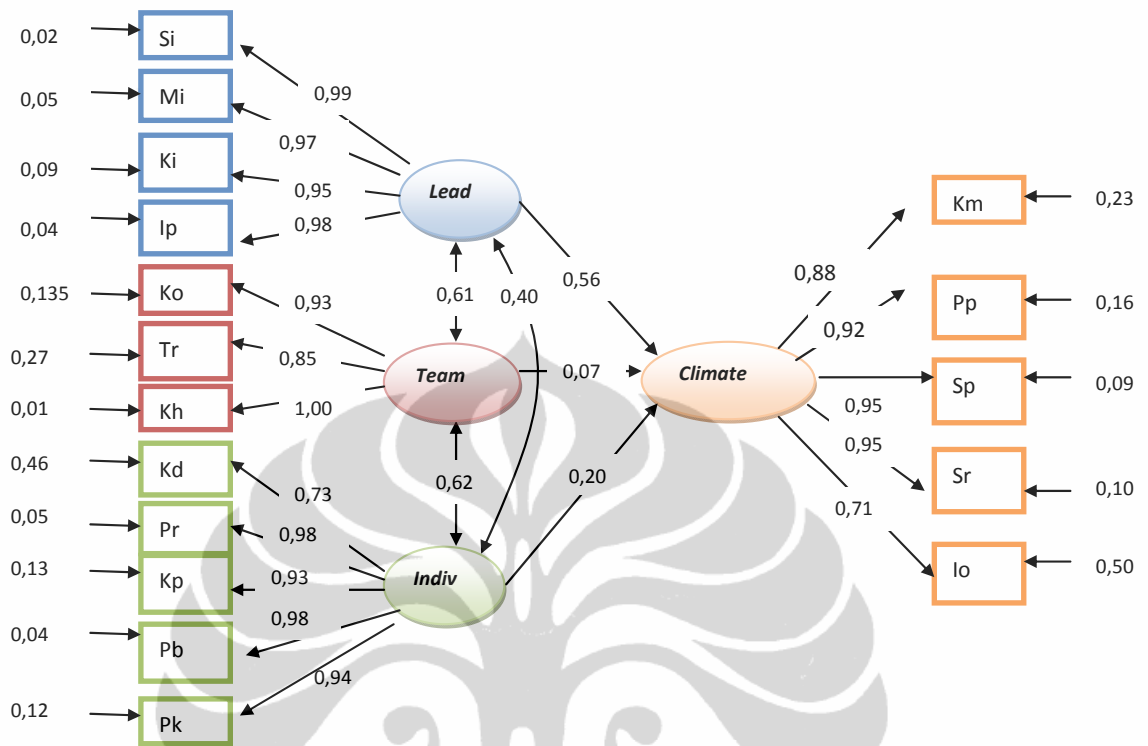
Ukuran GOF	Target Tingkat Kecocokan (<i>good fit</i>)	Hasil Estimasi	Kesimpulan Tingkat Kecocokan
RMSEA	$RMSEA \leq 0,08$	0,047	Baik
P (<i>close fit</i>)	$P \leq 0,05$	0,00	
ECVI	Nilai yang kecil dan dekat dengan ECVI saturated	M*=0,45 S*=0,33 I*=25,64	Baik
AIC	Nilai yang kecil dan dekat dengan AIC saturated	M*=418,05 S*=306,00 I*=23976,20	Baik
CAIC	Nilai yang kecil dan dekat dengan CAIC saturated	M*=651,71 S*=1199,7 I*=24075,51	Baik
NFI	$NFI \geq 0,90$	0,98	Baik
NNFI	$NNFI \geq 0,90$	0,99	Baik
CFI	$CFI \geq 0,90$	0,99	Baik
IFI	$IFI \geq 0,90$	0,99	Baik
RFI	$RFI \geq 0,90$	0,98	Baik
CN	$CN \geq 200$	380,30	Baik
RMR	$RMR \leq 0,05$	0,033	Baik
GFI	$GFI \geq 0,90$	0,96	Baik
AGFI	$AGFI \geq 0,90$	0,94	Baik

M* : Model, S*: Saturated, I*: Independence Model

(Sumber: Lampiran Output Lisrel)

Dari tabel di atas bisa dilihat bahwa ada 13 ukuran GoF menunjukkan kecocokan yang baik. Dengan demikian maka kecocokan keseluruhan model untuk semua variabel laten adalah baik.

Dalam bentuk gambar model pengukuran adalah sebagai berikut:

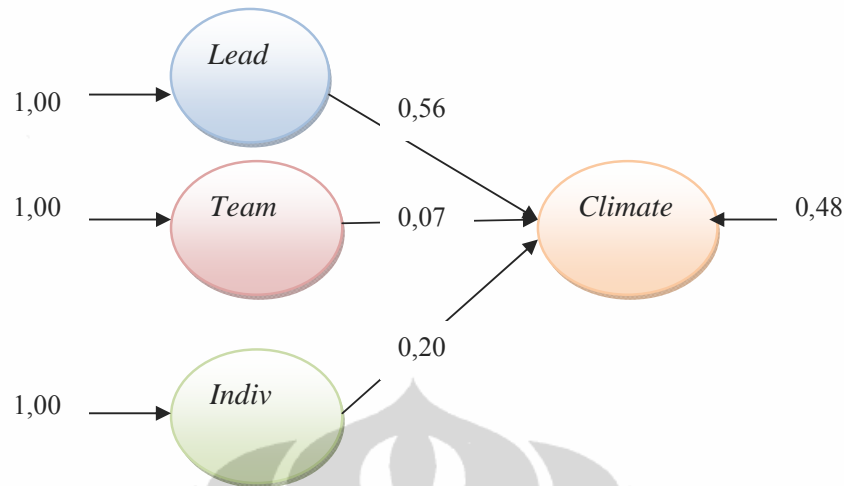


Gambar 5.9 Model Pengukuran (*Standardized*)
Iklim Keselamatan Pasien

4). Analisis Model Struktural

Pada bagian ini, akan dilakukan evaluasi terhadap koefisien-koefisien atau parameter-parameter yang menunjukkan hubungan kausal atau pengaruh satu variabel laten terhadap variabel laten lainnya. Hubungan-hubungan kausal ini yang dihipotesiskan pada penelitian ini.

Untuk model hasil *standardize* model struktural dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 5.10 Model Struktural Iklim Keselamatan Pasien di RS

Evaluasi terhadap model struktural ini mencakup:

a. T-value dari Koefisien/Parameter

- *Lead* → *Climate* : 15,88 > 2 atau 1,96 → koefisien signifikan
- *Team* → *Climate* : 2,01 > 2 atau 1,96 → koefisien signifikan
- *Indiv* → *Climate* : 6,49 > 2 atau 1,96 → koefisien signifikan

Semua koefisien pada model struktural ini adalah signifikan

b. Nilai Koefisien dari Parameter (*standardized estimates*)

- *Lead* → *Climate* : 0,56
- *Team* → *Climate* : 0,07
- *Indiv* → *Climate* : 0,20

Nilai *standardized estimates* parameter tidak lagi dipengaruhi oleh adanya perbedaan unit pengukuran pada variabel-variabel independen, untuk melakukan perbandingan variabel mana yang memiliki pengaruh terbesar terhadap suatu variabel endogen. Dari hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa ketiga variabel independen berpengaruh terhadap variabel dependen Iklim Keselamatan Pasien di RS; variabel Kepemimpinan Transformasional memiliki pengaruh langsung yang terbesar dengan nilai *standardized estimates* sebesar 0,56, kemudian variabel

Kesadaran Individual sebesar 0,20, sedangkan Kerjasama Tim memiliki pengaruh langsung terkecil sebesar 0,07.

c. Koefisien Determinasi

Dari persamaan struktural diperoleh persamaan regresi:

$$\text{Climate} = 0.11 * \text{Team} + 0.81 * \text{Lead} + 0.29 * \text{Indiv}, \text{Errorvar.} = 1.00, R^2 = 0.52,$$

(0,051)	(0,051)	(0,045)	: standard error
2.10	15.74	6.35	: t-value

yang menunjukkan hasil estimasi koefisien regresi yang tidak distandarisasikan (*unstandardized coefficient*) di antara variabel-variabel laten.

- $R^2 = 0.52$, artinya 52% dari variasi *Climate* (Iklim Keselamatan Pasien) dijelaskan oleh variabel independen Team (Kerjasama Tim), Lead (Kepemimpinan Transformasional) dan Indiv (Kesadaran Individual), sedangkan sisanya (48%) dijelaskan oleh faktor-faktor lain selain ketiga variabel tersebut.

Selanjutnya, menurut Joreskog (1999) dalam Wiyanto (2008) R^2 pada persamaan struktural di atas tidak mempunyai interpretasi yang jelas. Untuk dapat diperoleh interpretasi yang jelas untuk pengertian R^2 seperti halnya dalam persamaan regresi kita harus mengambilnya dari *reduced form equation*. *Reduced form equation* adalah bentuk yang lebih sederhana dari persamaan-persamaan struktural dimana pada sisi kanan tanda sama dengan hanya ada variabel-variabel eksogen, dan dapat diturunkan dari persamaan-persamaan struktural berikut: (Lihat Lampiran Output Lisrel untuk *Reduced Form Equations*)

Untuk model persamaan struktural dengan RMSEA = 0,046, yaitu:

$$\text{Culture} = 0.085 * \text{Team} + 0.81 * \text{Lead} + 0.23 * \text{Indiv}, \text{Errorvar.} = 1.00, R^2 = 0.52$$

(0.041)	(0.035)	(0.051)
2.07	15.74	6.36

diperoleh *reduced form equations* :

- $\text{Team} = 0.76 * \text{Lead}, \text{Errorvar.} = 1.00, R^2 = 0.37$, berarti 37% dari variasi (0.042) pada Team dijelaskan oleh variasi Lead 18.30

Jadi, variasi kepemimpinan transformasional menjelaskan 37% variasi dari kerjasama tim.

- $Indiv = 0.48 * Lead$, $Errorvar. = 1.40$, $R^2 = 0.14$, berarti 14% dari variasi (0.033) pada Indiv dijelaskan oleh variasi Lead

14.52

Variasi kepemimpinan transformasional menjelaskan 14% variasi dari kesadaran individual

- $Climate = 0.98 * Lead$, $Errorvar. = 1.10$, $R^2 = 0.47$, berarti 47% dari variasi (0.049) pada Climate dijelaskan oleh variasi Lead

20.18

Variasi kepemimpinan transformasional menjelaskan 47% variasi dari iklim keselamatan pasien di RS.

Selanjutnya diperoleh pula kesimpulan terhadap hipotesis yang diajukan yang terangkum dalam tabel di bawah ini:

Tabel 5.34 Evaluasi terhadap Koefisien Model Struktural dan Kaitannya dengan Hipotesis Penelitian

Hipotesis	Path	Estimasi	Nilai-t	Kesimpulan
1	Lead → Climate	0,81	15,74	Signifikan (H1 diterima)
2	Team → Climate	0,11	2,10	Signifikan (H2 diterima)
3	Indiv → Climate	0,29	6,35	Signifikan (H3 diterima)

(Sumber: Lampiran Output Lisrel)

4) Analisis Hubungan Struktural antara Variabel Laten Eksogen : Lead – Team – Indiv

Dari hasil output program yang sama seperti di atas dimana sudah dilakukan uji terhadap keseluruhan model (yang menyimpulkan uji

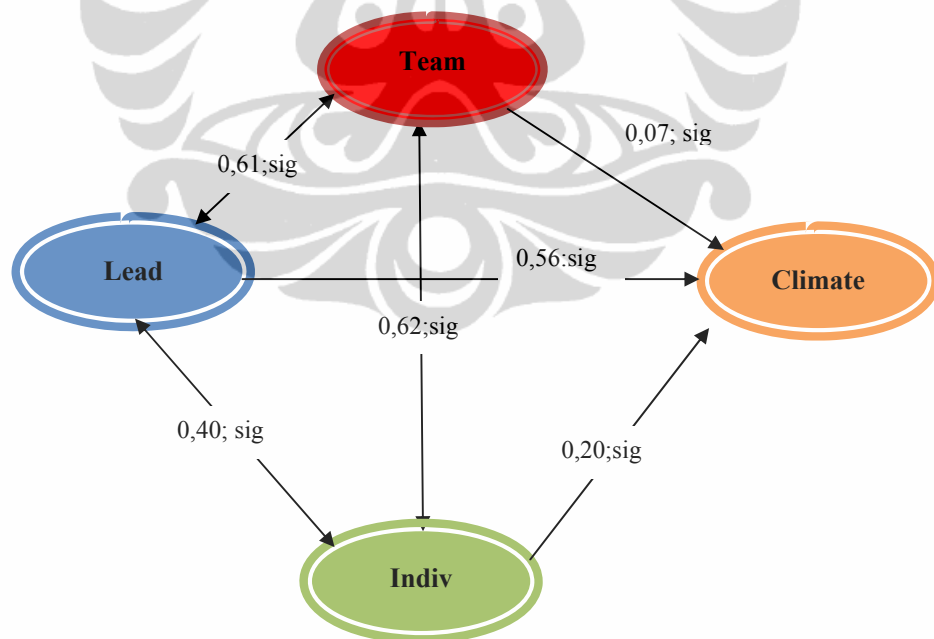
kecocokan keseluruhan model adalah baik), diperoleh bahwa variabel laten eksogen Lead- Team- Indiv berhubungan (berkorelasi) secara signifikan, artinya:

- o Team – Lead : nilai-t = 28,99 > 2 (1,96) : signifikan
- o Lead – Indiv : nilai-t = 14,30 > 2 (1,96) : signifikan
- o Team – Indiv : nilai-t = 30,35 > 2 (1,96) : signifikan

Berdasarkan evaluasi tersebut, maka dapat disimpulkan:

- a. Variabel Kepemimpinan Transformasional berhubungan secara signifikan dengan variabel Kerjasama Tim (Hipotesis 4 terbukti)
- b. Variabel Kepemimpinan Transformasional berhubungan secara signifikan dengan variabel Kesadaran Individual (Hipotesis 5 terbukti)
- c. Variabel Kerjasama Tim berhubungan secara signifikan dengan variabel Kesadaran Individual (Hipotesis 6 terbukti)

Dalam bentuk diagram diperoleh gambaran sebagai berikut:



Gambar 5.11 Model Struktural Iklim KP RS

Model tersebut di atas diperoleh dari hasil analisis *2nd order SEM* model keseluruhan, dengan hasil uji kecocokan model:

- nilai RMSEA = 0.047 (< 0.05 : *close fit*): menunjukkan kecocokan keseluruhan model yang baik
- 90% CI untuk RMSEA = (0.41 ; 0.053): nilai RMSEA=0.047 berada dalam interval tersebut, yang berarti estimasi nilai RMSEA mempunyai presisi yang baik (*good degree of precision*)
- *P-value for Test of Close Fit* (RMSEA < 0.05) = 0.80 (*p-value* ≥ 0.50 : *close fit*), artinya kecocokan keseluruhan model baik.



BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa hasil penelitian ini masih belum sempurna dan belum menjawab secara tuntas semua permasalahan tentang pengukuran iklim keselamatan pasien di RS, khususnya RS Muhammadiyah-'Aisyiyah, termasuk permasalahan yang terkait variabel-variabel yang mempengaruhinya yaitu kepemimpinan transformasional, kerjasama tim dan kesadaran individual. Hal ini disebabkan oleh adanya keterbatasan peneliti maupun hambatan yang dialami di lapangan, diantaranya:

a. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian tentang iklim keselamatan pasien ini adalah kuantitatif melalui teknik survey kuesioner, yang menurut beberapa peneliti tidak dapat memberikan gambaran secara lengkap dan dalam tentang budaya keselamatan pasien, tetapi lebih disarankan untuk meneliti pada tahapan "climate/ iklim" keselamatan. Konsep iklim keselamatan pasien ini adalah pada batas merasakan bentuk-bentuk yang sementara dan yang berada di permukaan, yang dibedakan dari sikap pegawai terhadap keselamatan pada satu waktu tertentu, atau berupa potret/gambaran sekilas dari budaya keselamatan yang berlaku/ada sekarang (Denison, 1996 dan Ashkahasy, 2000, dalam Flin R, 2007). Iklim keselamatan itu sendiri tentunya sangat berkaitan erat dengan budaya keselamatan (S.-H Lin et al., 2008), dan memang beberapa penelitian menyatakan bahwa sangat sulit dan kurang adekuat untuk mengukur budaya keselamatan dengan kuesioner yang valid (Glandon & Stanton (2000); Hale (2000), dan Guldenmund (2000) dalam S.-H Lin et. Al, 2008). Tetapi, akan lebih mudah mengukur iklim keselamatan dibanding budaya keselamatan, asalkan didasarkan pada latar belakang budaya keselamatan yang berkaitan.

Dan, pada perkembangannya memang terjadi ketidak-konsistenan penggunaan istilah iklim dan budaya keselamatan terkait dengan faktor atau dimensi yang membangunnya, serta teknik survey yang digunakan baik untuk mengukur budaya maupun iklim keselamatan pasien. Bahkan, di beberapa survey

budaya keselamatan pasien, maka teknik yang dilakukan umumnya adalah teknik survey, di antaranya adalah *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Sorra & Nieva, 2004), *PSCHO (Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations)*; *VHA PSCQ (Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire)*; *CSS (Culture of Safety Survey)*; *HSOPS (Hospital Survey on Patient Safety)*; *HTSSCS (Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey)*. Menurut Cooper (2000) yang dikutip oleh Choudhry et al. (2007), teknik survey melalui kuesioner tentang keselamatan bisa dilakukan untuk mengukur sikap dan persepsi pegawai (dimensi psikologi), sedangkan untuk menilai perilaku keselamatan digunakan pengembangan *checklist* sebagai bagian dari upaya perilaku keselamatan (dimensi pekerjaan), dan untuk mengukur bentuk situasional dilakukan melalui audit sistem manajemen keselamatan (dimensi organisasi). Kerangka pengukuran yang saling berkaitan ini dapat dilakukan secara independen atau kombinasi sebagai komponen-komponen yang relevan untuk mengkuantifikasi budaya keselamatan.

Inheren dalam apapun survey iklim keselamatan pasien adalah potensi salah pengukuran (Singer, Sara et al., 2009). Desain penelitian ini adalah *Cross Sectional*, yang mempunyai derajat paling rendah dalam hal mengukur pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Penelitian yang menyangkut budaya maupun iklim seperti budaya/iklim keselamatan pasien sangat disarankan untuk menggunakan metode longitudinal agar pengamatan terhadap budaya/iklim keselamatan pasien lebih cermat, disamping pengaruh kepemimpinan transformasional, kerjasama tim dan kesadaran individual terhadap iklim/budaya keselamatan pasien dapat diketahui secara lebih pasti dari waktu ke-waktu. Di beberapa negara, pengukuran iklim/budaya keselamatan pasien ini dilakukan setiap tahun dan dilakukan untuk mengidentifikasi peluang perbaikan dan menetapkan *baseline* untuk menilai upaya-upaya keselamatan pasien ke depan.

2. Pengambilan Sampel

Dari segi jumlah sampel, maka standard minimal jumlah sampel untuk 12 indikator sudah terpenuhi, hanya saja dengan sampel > 400 ini menyebabkan GoF berdasarkan nilai χ^2 yang tidak signifikan. Dan memang untuk sampel >400 tidak disarankan menggunakan statistik χ^2 untuk fitnya model, tetapi dikompensasi

dengan nilai $RSMEA \leq 0,08$. Menurut Jokeskorg, nilai RMSEA dinilai yang paling representatif mengukur kecocokan model. Kemudian, penelitian ini dilakukan di lima RS Muhammadiyah-'Aisyiyah yang mewakili masing-masing provinsi di Pulau Jawa atas saran PP Muhammadiyah, sehingga tidak dilakukan pengacakan RS di tingkat provinsi. Adapun sampel yang diambil dari masing-masing RS diharapkan mewakili masing-masing unit yang ada di setiap RS, yang dalam kenyataannya sangat tinggi variasinya dari segi jumlah responden di setiap unit. Sehingga, untuk menghindari kurangnya jumlah sampel yang masuk, dan tingkat kesulitan yang ada pada saat pengumpulan kuesioner dari sisi geografis masing-masing RS, maka sampel dibuat jauh melebihi batas minimal jumlah sampel. Di samping itu, untuk menghindari responden yang tidak mengisi secara lengkap data karakteristik responden, yang kemungkinan disebabkan masih adanya kekhawatiran atau ketakutan untuk diketahui identitas dirinya. Adanya *missing data* yang cukup banyak sangat disayangkan, tetapi tentunya jika diikutsertakan akan sangat mengganggu analisis SEM yang akan digunakan.

Variasi dari karakteristik pegawai dalam membentuk iklim/budaya KP normalnya mempunyai derajat yang berbeda tergantung keterhubungannya dengan organisasi (RS), atau dengan unit sub-organisasi seperti divisi atau departemen, profesi, gender, kelas, kelompok etnis dsb (Choudry et al., 2007). Hal ini memungkinkan terjadi dalam sampel yang diambil untuk penelitian ini, sehingga analisis/pembahasan iklim/budaya KP di beberapa penelitian dilakukan lebih spesifik dan terkait dengan isu sentral dalam KP, misalnya di lingkungan perawat saja, atau IGD saja, dsb.

3. Indikator dan Variabel Penelitian

Penelitian-penelitian pendahuluan cukup banyak memberikan wawasan kepada peneliti untuk memilih indikator-indikator apa saja yang mengukur masing-masing variabel. Indikator yang kurang lengkap misalnya untuk variabel laten kerjasama tim yang menghasilkan SLF ($SLF = 0,07$) yang rendah terhadap variabel budaya keselamatan pasien, padahal "*patient safety is a team effort*" (Rozovsky & Woods, 2005). Kemungkinan bisa ditambahkan dengan indikator-

indikator lain seperti "manajemen konflik", karena konflik pada kenyataannya dapat memperbaiki keefektifan tim (Jehn, 1997, dalam Robbins, 2003).

Indikator lainnya yang juga memiliki keterbatasan di antaranya sistem *rewards* pada level organisasi yang dikaitkan dengan upaya keselamatan pasien. Butir-butir kuesioner yang mengukur sistem *rewards* di sini belum secara rinci menjelaskan *rewards* yang berbentuk eksternal dan internal, dan belum melihat *rewards* berdasarkan kinerja tim atau individu dalam keselamatan pasien. Sistem *rewards*/penghargaan di dalam penelitian ini masih dibatasi pada ada tidaknya penghargaan untuk staf berperilaku aman serta penghargaan berupa tidak diberikannya tekanan negatif kepada staf yang melakukan kesalahan, bahkan ia dilibatkan dalam mencari solusi perbaikannya. Indikator lainnya yang belum dilibatkan pada tingkat individu adalah beban kerja atau stress kerja pegawai, yang di beberapa studi sebelumnya dilibatkan dalam dimensi pengukuran dan mengingat tingkat stress kerja di RS yang termasuk berisiko tinggi terhadap keselamatan pasien.

Survey ini belum mengukur area "keterlibatan pasien dan keluarga", sebagaimana survey *SLS (Strategic for Leadership Survey)* yang dikembangkan oleh *Volunteer Hospital Association Inc (VHA)* dan digunakan untuk mengukur sejauh mana keselamatan/*safety* menjadi strategi prioritas dari pimpinan RS (Pronovost et al., 2009). Hal ini masih merupakan kesulitan peneliti. Kemungkinan akan lebih baik jika pasien/keluarga pasien dilibatkan untuk menjaga objektivitas dengan menggunakan metode kualitatif yang lebih komprehensif.

6.2 Pembahasan Hasil Penelitian

Sejumlah survey yang mengukur iklim keselamatan pasien sudah tersedia dan digunakan sebagai referensi penelitian ini dengan beragam karakteristik, cakupan dimensinya, berikut uji psikometrik yang dilakukan. Meskipun penelitian ini tidak ditujukan untuk membandingkan model pengukuran yang diperoleh dengan model pengukuran yang lainnya, ada pedoman umum dalam menentukan pilihan model pengukuran yang sesuai. *Pertama*, kita harus memilih survey yang reliabel dengan menunjukkan uji yang komprehensif dan mempunyai nilai

psikometrik yang baik. *Kedua*, pemilihan survey harus melihat tujuan survey tersebut dilakukan (Colla, et al., 2009).

Untuk memenuhi pedoman umum survey iklim keselamatan di atas, maka survey ini dapat dikatakan memenuhi kedua kriteria tersebut, sehingga dapat menjadi pilihan survey yang bisa digunakan di RS atau pelayanan kesehatan lainnya.

Pertama, survey ini dilakukan melalui dua pendekatan yaitu pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif dilakukan di awal penelitian melalui analisis terhadap pemilihan dimensi-dimensi yang membangun model pengukuran iklim keselamatan pasien berdasarkan hasil konfirmasi dari studi/riset di berbagai jurnal, serta dari ahli di dalam bidang keselamatan pasien (KPRS PERSI) dan ahli psikologi industri, kemudian dari beberapa staf RSMA untuk melihat pemahaman terhadap butir-butir kuesioner yang diturunkan dari definisi konsep masing-masing variabel dan konstruksinya agar mendapatkan *face validity* yang memadai. Pada akhir penelitian, setelah didapatkan model pengukuran, dilakukan pula wawancara terstruktur dengan para Direksi RSMA untuk konfirmasi hasil penelitian.

Adapun pendekatan kuantitatif yang dilakukan untuk menguji validitas, reliabilitas dan kesesuaian model dilakukan melalui analisis SEM (Model Persamaan Struktural) dengan perangkat lunak LISREL. Penggunaan SEM dapat membantu meminimalkan error pengukuran dan error struktural dari model yang diajukan. Hasil analisis SEM *2nd phase* menunjukkan nilai validitas, reliabilitas dan kesesuaian yang baik melalui nilai VE, CR dan RMSEA ($0,047 < 0,08$) dan indikator GoF lainnya yang memenuhi persyaratan *close fit*. Setiap indikator dievaluasi melalui dua atau lebih pernyataan, dengan menggunakan 5 tingkatan skala Likert sebagaimana survey-survey budaya/iklim KP sebelumnya dilakukan. Selanjutnya, dari sisi variasi responden yang menjadi sampel, maka sisi komprehensif penelitian dapat pula diandalkan, karena memilih responden secara acak dari 5 RSMA yang masing-masing berbeda letak geografisnya, baik staf tetap maupun tidak tetap, dan dapat merepresentasikan semua unit kerja yang ada di RSMA dengan *response rate* yang baik (79,87% dan *non missing data* mencapai 62,40%). Selain itu, dari sisi dimensi yang membangun model

pengukuran, maka model yang dianalisis meliputi 4 variabel laten utama yang berkaitan dengan tingkatan analisisnya, yaitu di tingkat individu, unit kerja, CEO/Direktur RS dan Organisasi/RS.

Kekuatan lain pendekatan kuantitatif melalui survey ini adalah karena hal tersebut relatif mudah digunakan dalam perbandingan yang sifatnya *cross sectional*, dan umumnya sederhana untuk diimplementasikan dalam organisasi-organisasi yang berbeda atau oleh peneliti lainnya, dan dapat langsung diinterpretasikan secara umum dalam kerangka referensi waktu tertentu (Wreathall, 1995, dikutip oleh Weigmann et al., 2002). Bahkan, penelitian ini menambahkan pula dengan pendekatan kualitatif dengan wawancara mendalam kepada Direksi RSMA untuk konfirmasi terhadap hasil survey. Hasil kualitatif ini dapat memberi manfaat untuk memperoleh gambaran yang lebih lengkap untuk memahami kondisi iklim keselamatan pasien di RSMA. Bagaimana pun juga, pendekatan kuantitatif berbentuk survey terhadap respons secara individual ini, adalah lebih praktis dalam segi waktu dan *cost-effective* (Wreathall, 1995, dikutip oleh Weigmann et al., 2002). Sehingga, survey dan kuesioner sudah digunakan secara luas untuk menilai budaya/iklim keselamatan di berbagai industri, termasuk industri pelayanan kesehatan.

Dari uraian di atas, dengan kekuatan survey yang dikembangkan dari butir-butir dan dimensi seperti pada instrumen-instrumen iklim KP yang sudah ada serta diperolehnya *response rate* yang baik, maka studi ini dapat dibandingkan dengan studi-studi tentang iklim/budaya KP di RS sebelumnya.

Kedua, survey ini adalah yang pertama kali dilakukan di RS dengan ciri tertentu (bercirikan agama tertentu/Islam dan swasta/non pemerintah) yang berada di beberapa lokasi/provinsi tertentu (P Jawa, Indonesia). Meskipun pada model pengukuran ini sebagian besar indikator atau butir kuesioner yang valid dan reliabel mempunyai kemiripan dengan yang ada di survey lainnya. Salah satu indikator yang spesifik adalah identitas organisasi, dimana butir kuesionernya menggambarkan implementasi nilai-nilai Islam dan keMuhammadiyah, dengan pedomannya yaitu "Pedoman Hidup Islami Warga Muhammadiyah," yang menjadi nilai-nilai etos kerja yang dianut di semua unsur Amal Usaha

Kesehatan(AUK) Muhammadiyah-'Aisyiyah, khususnya terkait dengan keselamatan pasien (dikutip dari wawancara dengan salah satu Direktur RSMA).

Hasil analisis validitas dan reliabilitas salah satu indikator dari variabel iklim keselamatan pasien di tingkat organisasi ini menunjukkan nilai yang baik dengan SLF= 0,71. Identitas organisasi bagi setiap organisasi menjadi penting, karena merupakan hal yang mendasar/sentral bagi organisasi, merupakan keunikannya/yang membedakannya dan bertahan lama (Oliver & Roos, 2003), berupa nilai-nilai dan karakteristik yang membedakan untuk menunjukkan “siapa mereka sebagai suatu organisasi” (Puusa & Tolvanen, 2006; Oliver & Roos, 2003). Apabila identitas organisasi dapat direalisasikan oleh setiap anggota organisasi dengan kuat, akan menghasilkan tingkat kepercayaan (*trust*) kepada organisasi, dan dengan cara itu akan semakin kuat komitmen terhadap organisasi dan target-target pencapaian organisasi (Puusa & Tolvanen, 2006). Khususnya di sini, hal tersebut menjadi penting bagi organisasi/RS untuk mencapai target pencapaian keselamatan pasien, terutama dikarenakan KP masuk ke dalam penilaian akreditasi di semua RS yang ada di Indonesia. Realisasi identitas organisasi di setiap staf RSMA dalam setiap upaya keselamatan pasien juga sangat didukung oleh jajaran Direksi RSMA. Melalui wawancara terstruktur, dapat diperoleh gambaran penyampaian identitas organisasi bersamaan dengan program-program RSMA di dalam pertemuan/rapat dengan staf RSMA- harian, mingguan, bulanan- baik untuk struktural maupun fungsional, yang dilakukan oleh jajaran pimpinan. Selain itu, identitas organisasi direalisasikan pula pada saat melayani pasien misalnya dengan pengucapan salam, *basmallah*, dan lainnya yang dikoordinasikan oleh BRI (Bina Rohani Islam). Kutipan wawancara dengan Direksi RSMA yang menggambarkan pentingnya Identitas Organisasi sebagai bagian dalam upaya keselamatan pasien:

”Ya, jadi nilai-nilai itu yang kita selalu sosialisasikan, itu prinsipnya seminggu sekali...apa pun yang dikaji, semuanya masuk pada nilai-nilai yang harus menjadi identitas di sini”; ” ...yang sipatnya satu bulan sekali, muncul di Rapat Koordinasi melalui kuliah 7 menit”; ”...yang 1 minggu sekali di jum’at...di setiap hari melalui kultum sebelum zuhur; ”...berpedoman pada satu pedoman yang namanya”Pedoman Hidup Islami Warga Muhammadiyah”; ”...yang nyangkut keselamatan pasien ya yang di etos kerja itu”; ”...yang memberi materi kepala personal direksi, bergantian...”. (Informan 1A)

"...Berlandaskan ihsan dalam pelayanan itu kita, prinsip-prinsip dari keselamatan pasien itu kita lakukan di sini..." (Informan 2A)

"...Ya ee sebenarnya kita selalu mengisi setiap pagi, do'a pagi, kemudian kita pengarahan secara organisasi dan spiritual..."; "...termasuk program-program RS, berkaitan dengan akreditasi, berkaitan dengan apa namanya keselamatan pasien, program, itu kita sampaikan di sana...semua tindakan kita awali dengan bismillah...supaya masyarakat mengerti bahwa kita mempunyai identitas...dengan bismillah...diharapkan bisa amanlah dalam melakukan perbuatan-perbuatan". (Informan 3A)

"Setiap satu bulan sekali kita memang ada pembinaan..."; "...sudah menjaga keselamatan pasien itu kan sudah pahala sendiri gitu lho...artinya kita melakukan sesuatu dengan SPO itu kan salah satu upaya keselamatan pasien toh? Nah SPO itu salah satunya, di tempat kita karena RS Islam, ya memang mesti ada baca-baca basmalah artinya setiap tindakan harus dimulai dengan bismillah...masuk ruangan dengan assalamu'alaikum..". (Informan 4A)

"...Setiap bulan itu ada pengajian dokter. Itu yang pesan-pesan yang kayak gini sering dilakukan...Setiap sabtu pagi ada forum...ee..rapat koordinasi badan khusus layanan...sebelum rapat kita anukan...yang kaitannya dengan sebagian tadi, bagaimana pelayanan yang bermutu, bagaimana pelayanan menjadi...identitas kita, bagaimana menjadi pelayanan yang aman"; "...pada saat rapat struktural...ada pengajian fungsional, kan ada pengajian fungsional, yang fungsional ini agak tersendat.". (Informan 5A)

Dengan uraian di atas, meskipun pengetahuan tentang pengukuran budaya/iklim KP di RS belum berkembang dengan baik khususnya di Indonesia atau di kelompok RS yang spesifik seperti RSMA ini, maka dengan nilai psikometrik serta *response rate* yang baik, maka studi ini mendekati kesesuaian dengan hal-hal yang harus dilakukan untuk suatu studi iklim KP di RS (dengan harapan untuk mendekati standard pengukuran iklim/budaya KP di Amerika Serikat (JCAHO), Inggris (NHS), Kanada (CCHSA)), yaitu (Ginsburg et al., 2008):

- 1) Melakukan pengukuran iklim/budaya pada kelompok unit target yang lebih kecil atau area-area layanan kepada pasien yang lebih kecil dimana pengumpulan data dapat dilakukan lebih sungguh-sungguh dan *response rate* mendekati 70% dapat dicapai (Kho et al., 2005; Sexton et al., 2006; Zohar et al., 2007).

Studi ini sudah mengkhususkan pada kelompok yang lebih kecil (RSMA) dan tingkat respons mendekati 70% (79,87% dan *non missing data*: 62,40%) karena pengorganisasian pengumpulan data lebih dapat dikendalikan.

- 2) Fokus pada penggunaan internal dari data, berupa (a) membandingkan kinerja individu-individu yang kita pertanyakan di dalam organisasi tersebut untuk mengidentifikasi peluang perbaikan, dan/atau (b) membandingkan kinerja antar organisasi dari waktu ke waktu dengan bias respons yang relatif konstan di dalam organisasi.

Studi ini dapat membandingkan kedua kemungkinan di atas dengan peluang yang besar untuk bias respon yang kecil jika dilakukan pengukuran dari waktu ke waktu, mengingat isu keselamatan pasien yang sudah mulai menjadi perhatian manajemen RSMA, khususnya KP yang menjadi bagian agenda kegiatan RS untuk persiapan penilaian akreditasi RS di Indonesia.

- 3) Mengaitkan hasil survey dengan diskusi kualitatif untuk mendapatkan gambaran tentang keterwakilan data organisasi dan untuk memulai suatu diskusi yang jujur tentang keselamatan di organisasi sebelum melakukan tindakan perbaikan atau inisiatif perubahan di tempat tersebut.

Hasil studi ini sudah melakukan suatu diskusi kualitatif berupa wawancara terstruktur tentang hasil survey kepada Direksi RSMA dengan suasana yang terbuka dan jujur terhadap hasil yang diperoleh dan mendapatkan respon yang baik terhadap data-data yang diperoleh dari hasil penelitian, yang akan digunakan sebagai masukan yang berarti bagi perbaikan upaya keselamatan pasien di masing-masing RSMA.

6.2.1 Tingkatan Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien RS

Penelitian ini mengumpulkan data untuk mengukur budaya keselamatan pasien di empat tingkatan yang berjejing di RS, yaitu individual, unit kerja, manajemen dan organisasi. Penentuan empat tingkatan ini didukung oleh beberapa teori dan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, untuk mendapatkan gambaran yang lebih utuh tentang kondisi iklim keselamatan pasien yang ada di RS tersebut.

Sebagai suatu organisasi yang didalamnya terdapat hierarki dalam struktur, maka terdapat banyak tingkatan dimana suatu RS dapat kita teliti iklim

keselamatan pasiennya. Hofmann dan Stetzer (1996) dalam Flin (2007) menawarkan lima tingkatan berjejing dalam pengumpulan data, yaitu: individu, kelompok kerja, departemen, organisasi dan lingkungan; penelitian oleh Singer et.al. (2009) melihat di tiga tingkatan yaitu organisasi, unit kerja dan interpersonal; Survey yang dilakukan Matsubara et.al. (2008) mencakup dua tingkatan: pekerja dan organisasi; Currie (2007) ada tiga tingkatan yaitu individu, kelompok kerja dan sistem/organisasi. Penilaian budaya atau iklim/*climate* dapat melalui ciri/atribut dari pegawai secara individu, atau yang disebut sebagai iklim psikologis (*psychological climate*), atau dari atribut kelompok kerja (sub-kelompok atau organisasi secara keseluruhan) (Blegen et al., 2004). Untuk penelitian lainnya tingkatan tersebut berbaur secara keseluruhan. Pembagian tingkatan pengumpulan data pada penelitian ini dapat membantu peneliti serta manajemen RS untuk melihat lebih fokus terhadap peran masing-masing dalam membangun iklim keselamatan pasien di RS, disertai kelebihan dan kekurangannya.

Sebagai akibat dari adanya tingkatan pengumpulan data tersebut, maka analisis budaya/iklim keselamatan pasien cenderung dikendalikan oleh agregat data individual di tingkatan yang sesuai, biasanya melalui kuesioner yang sifatnya anonim/tanpa nama. Zohar (2003) dalam Flin (2007) menyatakan bahwa budaya/iklim keselamatan dapat ditafsirkan secara lebih bermakna hanya pada dua tingkat hierarki saja, yaitu: sub unit/kelompok dan organisasi, yang masing-masing mencerminkan peranan pengaruh supervisor dan manajer senior dalam keamanan pasien. Analisis iklim keselamatan baik di tingkat kelompok atau organisasi merupakan dasar yang ada dalam literatur tentang organisasi, dimana definisi-definisi tentang budaya menekankan pada persepsi bersama dan tujuan-tujuan bersama. Sehingga, jika analisis budaya/iklim dilakukan di tingkat individual, hal ini menjadi pertanyaan. Meskipun terdapat argumen yang kuat untuk menganalisis persepsi terhadap keamanan di tempat kerja di tingkat individu, tetap terjadi perdebatan yang mempertanyakan apakah hal tersebut dapat digunakan sebagai alat ukur budaya/iklim (Flin, 2007). Apabila data individual diagregatkan ke dalam departemen-departemen atau unit kerja fungsional lainnya, peneliti budaya/iklim keselamatan pasien disarankan untuk menilai konsistensi

inter-rater, untuk menentukan homogenitas dari persepsi budaya/iklim (artinya kekuatan budaya/iklim) di dalam unit kerja fungsional (Schneider et al., 2002; Zohar, 2002, dalam Flin, 2007).

Kerangka kerja pengukuran iklim keselamatan pasien ini didasarkan pada asumsi bahwa insiden keselamatan pasien dipengaruhi oleh sikap aman dan tidak aman pegawai di level individu, unit kerja dan organisasi. Dan secara khusus, di level manajemen senior dalam hal kepemimpinan transformasional yang dalam berbagai penelitian tentang budaya/iklim menunjukkan bahwa kepemimpinan transformasional sangat berpengaruh dalam membangun suatu budaya/iklim. Di level individu, maka budaya dikaitkan dengan atribut-atribut seorang pegawai (sering disebut sebagai *psychological climate*), serta di level unit kerja juga terkait dengan atribut-atribut di level unit kerja sebagai suatu bagian dari organisasi secara keseluruhan. Faktor manajemen dan organisasi sendiri telah diketahui sebagai penyebab laten suatu kejadian dan terintegrasi dalam konsep budaya keselamatan (Hsu et.al, 2006).

Pengukuran iklim KP di tingkat RS Muhammadiyah-'Aisyiyah menghasilkan distribusi kondisi iklim KP yang bervariasi. Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa ada dua RS yang dinilai oleh responden sudah mempunyai kondisi iklim KP melebihi dari rerata total, yaitu RSI Cempaka Putih (66.3%) dan RS PKU Yogya (54.9%). Hal ini bisa dimungkinkan terjadi, mengingat RS Islam Cempaka Putih sudah menjalankan program KP sejak tahun 2008. Implementasi program KP juga ditunjang oleh komitmen pimpinan di level direksi yang baru dalam melanjutkan kebijakan pelaksanaan KP di RS. Sosialisasi dan pertemuan rutin masih berjalan, dan Komite KPRS serta Komite lain yang terkait melaksanakan program-program KP, bahkan di antaranya mendapatkan penghargaan terkait dengan upaya KP.

Untuk tiga RS Muhammadiyah-'Aisyiyah lainnya, penilaian responden terkait iklim KP adalah kurang dari rerata total, yaitu RS 'Aisyiyah Ponorogo (47.5%), RS Rumani Semarang (36.4%) dan RS Muhammadiyah Bandung (33.5%). Tampaknya hal tersebut mendukung kondisi di lapangan yang menunjukkan bahwa program-program KPRS belum berjalan baik. Apalagi untuk

RS Muhammadiyah Bandung yang pada saat penelitian dilakukan memang baru akan memulai program-program KPRS diterapkan di RS tersebut.

Dengan demikian, indikator-indikator untuk mengukur iklim KP di tingkat organisasi ini (RS) dapat menggambarkan dengan baik perbedaan/variasi kondisi iklim KPRS di beberapa RS Muhammadiyah-'Aisyiyah (validasi diskriminan dari alat ukur) yang bersesuaian dengan upaya-upaya KP yang telah dilakukan di lapangan. Validasi diskriminan dari pengukuran budaya/iklim keselamatan menunjukkan kekuatannya dalam membedakan antara organisasi atau kelompok yang pada kenyataannya memiliki perbedaan tingkat kondisi keselamatan/safety (Weigmann et al., 2002). Hasil pengukuran iklim/budaya KP ini dapat memperkuat upaya-upaya KP di RSMA dengan mengembangkan rencana yang strategis untuk memperbaiki KP, berdasarkan kekuatan dan kelemahan di masing-masing tingkatan serta memanfaatkan peluang seperti adanya akreditasi RS, perhatian yang semakin baik dari seluruh staf dan pimpinan RSMA terhadap KP.

6.2.2 Konstruk Variabel Laten Endogen : Iklim Keselamatan Pasien (*Climate*)

Pengukuran iklim/budaya keselamatan pasien di tingkat organisasi/RS ini mencakup faktor-faktor kebijakan organisasi/RS terkait keselamatan pasien, yaitu komitmen manajemen (Ko), pemberdayaan pegawai (Pp), sistem reward (Sr), sistem pelaporan (Sp), identitas organisasi (Io). Hasil penelitian ini menunjukkan masing-masing indikator tersebut valid dan reliabel dalam mengukur budaya/iklim keselamatan pasien di RS.

Bentuk komitmen top manajemen di RS dalam menyediakan sarana, SDM, anggaran, serta kebijakan KP bagi terselenggaranya pelayanan yang aman pasien tidak dapat diragukan lagi. Berbagai referensi, penelitian dan implementasi di lapangan menunjukkan bahwa komitmen manajemen ini paling sering muncul dalam dimensi pengukuran budaya KP di RS serta merupakan dimensi inti bagi konstruk iklim/budaya keselamatan di berbagai industri (Flin, 2007). Sebagaimana disampaikan dalam model *Swiss Cheese*, maka komitmen manajemen untuk menyediakan sarana yang memadai merupakan bagian dari kondisi laten yang ada di RS yang potensial membahayakan pasien dan penting untuk strategi

pencegahan. Survey lainnya menunjukkan bahwa penggunaan teknologi informasi dalam rekam medik menciptakan lingkungan yang mendukung bagi perawat untuk mengurangi kesalahan (Ramanujam et al., 2007). Hasil survey dari Singer et al, 2003, menyatakan bahwa penyediaan sumberdaya (sarana, sdm dan biaya) harus disediakan oleh organisasi agar komitmen terhadap keselamatan dapat terjadi. Pengembangan budaya KP dan RS yang lebih aman tidak hanya menghendaki upaya yang meresap dan konsisten, tetapi juga memerlukan infrastruktur teknologi untuk mendukung layanan yang aman dan efektif.

Untuk kaitan komitmen manajemen terhadapSDM, maka kekurangan SDM akan menciptakan kondisi kerja yang merugikan yang akan mempengaruhi kinerja individual, mengakibatkan beban kerja yang berat, lingkungan yang penuh stress (Leape, et al.,1995; Vincent, Taylor-Adams, & Stanhope, 1998 dikutip oleh Unruh dalam Byers & White, 2004); menyebabkan keterbatasan waktu yang ketat dan tugas ganda yang diidentifikasi sebagai penyebab meningkatnya risiko gagalnya suatu proses (McClanahan, Goodwin & Houser, 2000, dikutip oleh Unruh dalam Byers & White, 2004).

Terkait dengan penyediaan dana/alokasi anggaran, menurut penelitian yang dilakukan oleh Fukuda et al., (2009), idealnya adalah RS perlu mengembangkan sistem KP tanpa melihat ukuran RS. Tetapi, karena investasi anggaran dalam sistem KP lebih pada biaya pengembangan dan perawatan dibandingkan biaya untuk praktik-praktik KP untuk setiap *inpatient* secara individual, maka beban ekonomi yang terkait dengan KP ini tidak proporsional antara RS berukuran yang besar dengan yang kecil. Dalam studi-studi sebelumnya, ukuran ekonomi ini berperan secara signifikan dalam total biaya untuk kegiatan KP, suatu faktor yang harus dipertimbangkan dalam skema insentif bagi RS dengan berbagai ukuran.

Beberapa penelitian yang juga memasukkan indikator komitmen manajemen ini dan mempunyai kemiripan, yaitu: Sorra & Nieva (2004) dan Handler et al., (2006): dukungan manajemen terhadap KP, *Staffing*; Naveh, et al., (2005):prioritas yang dirasakan terhadap keselamatan di dalam organisasi; Gershon et al., (2000):dukungan manajemen terhadap program-program keselamatan, ketiadaan rintangan tempat kerja terhadap praktek kerja yang aman,

ketersediaan peralatan perlindungan individu dan kontrol; Matsubara, et al.,(2008): faktor organisasi: kepemimpinan komite KP, ketersediaan peralatan/aturan; Singer, et al.,(2009): dimensi Organisasi: sumberdaya organisasi (SDM, anggaran dan sarana); Cooper, et al., (2008):dukungan manajemen; Singer, et al., (2003):organisasi; Colla, et al., (2005): Kebijakan dan Prosedur; Currie (2007): komitmen manajemen: kejelasan komitmen terhadap keselamatan, lingkungan kerja: bentuk lingkungan fisik, prosedur dan aturan keselamatan: ketepatan dan keperluannya; S-H Lin et al. (2008):dukungan manajemen.

Dalam proses mengukur variabel komitmen manajemen diperoleh hasil 7 butir kuesioner yang valid dan reliabel, sedangkan yang tidak memenuhi adalah:

- Kurangnya alokasi anggaran RS untuk upaya keselamatan pasien
- Tidak ada kekurangan sdm yang dialami selama melayani pasien
- Banyak sarana yang kurang memadai di RS ini

Ketiga butir kuesioner tersebut adalah semua pernyataan atas kondisi indikator yang negatif, yang kemungkinan memberikan persepsi yang salah bagi responden dalam mengaitkannya dengan respon pegawai yang berupa tingkatan frekuensi kondisi tersebut terjadi di RS. Butir ini perlu tinjau kembali dalam hal susunan kata/bahasa agar ada butir yang dapat mengimbangi indikator yang positif.

Khususnya untuk indikator- RS melibatkan Komite Khusus untuk KP di dalam struktur organisasi (F5), makaperlu adanya Komite KPRS ini didukung dengan hasil studi dari Fukuda et al.,(2009), bahwa untuk mempromosikan program KP di RS maka RS perlu menunjuk staf yang memang didedikasikan khusus untuk KP.

Kondisi komitmen manajemen cukup bervariasi di ke-lima RSMA yang diteliti. Berdasarkan wawancara terstruktur kaitannya dengan komitmen manajemen ini, maka Komite KPRS tersebut ada yang sudah terbentuk sejak tahun 2007 (RSI Cempaka Putih), ada yang baru dibentuk karena dikaitkan dengan akreditasi RS (RSA Ponorogo dan RS Muhammadiyah Bandung), ada yang dikaitkan pula dengan penjaminan mutu ISO yang telah diterapkan (RS PKU Yogya). Masalah alokasi anggaran, SDM, SOP, terkait dengan KP umumnya sudah memperlihatkan komitmen manajemen RSMA yang lebih baik dari sejak

bergulirnya isu KP di RS tersebut terutama jika dikaitkan dengan akreditasi. Beberapa kutipan wawancara dengan Direksi RSMA terkait dengan temuan adanya komitmen manajemen ini adalah sbb:

"...Yang komite keselamatan pasien kita udah ada...yang waktu akreditasi itu, baru yang di SDM yang kita ada, yang lainnya belum kita miliki...kalo untuk sampe anggaran, rasanya belum sampe, belum". (Informan 1A)

"...Dibentuk tim KPRS, waktu itu tahun 2007, ada ketuanya, terus diikuti manajemen risiko, terus ada juga di komite medik, terus kemudian di ee...SMEP, dan juga petugas lapangan...anggaran biasanya kita eee...ada anggaran tersendiri...hal-hal untuk yang misalnya keterkaitan dengan standar...kita sharing atau kita ambil dari anggaran tiap-tiap unit sendiri. Jadi masing-masing unit tuh memang sudah ada untuk keselamatan pasien." (Informan 2A)

"...anggaran pun sudah ada alokasi perbaikan-perbaikan, sarana prasarana, kemudian kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan patient safety, kita buat kemudian mekanisme terhadap kejadian yang tidak diharapkan, mekanisme bagaimana..sudah ada SOPnya. Diharapkan ke depannya tidak terjadi hal seperti itu" (Informan 3A)

"...khususnya memang untuk patient safety, ini patient safety, sebetulnya tu kan kalo upaya yang kita lakukan patient safety itu kan ngetrendnya kan baru...baru tahun 2005, dan jujur kita baru mulai komit tuh setelah akreditasi, jujur.." (Informan 4A)

"...untuk SDM...itu kan ada aturannya...setiap rekrutmen ada 3 aspek yang harus diperhatikan, ..mutu,...aman...etika..., jadi kan kita punya tim patient safety ya mengelola kaitannya dengan hal-hal yang berkaitan dengan protokol pemakaian, segala macemnya, SDM, kemudian anggaran,..." (Informan 5A)

Kaitannya dengan indikator Pemberdayaan Pegawai (Pp), maka meningkatnya pengetahuan pegawai tentang sistem KP akan meningkatkan komitmennya dalam upaya KP. Dalam hal ini, pegawai dapat difasilitasi oleh pihak RS agar terjadi perubahan iklim KP yang diinginkan, dalam bentuk pengembangan program-program pelatihan, seminar dan bentuk-bentuk pertemuan lainnya secara terencana dan sesuai kebutuhan bagi pegawai lama maupun pegawai baru. Beberapa survey juga melibatkan indikator keterlibatan/pemberdayaan pegawai dalam membentuk iklim KP, misalnya Currie (2007), Hsu et al.(2006), S-H Lin (2008). Salah satu indikator pengukuran Pp dalam survey ini adalah "pegawai diberi kesempatan untuk mendapatkan pelatihan KP yang sesuai dengan yang ia butuhkan (F18)," maka indikator tersebut sangat penting diukur karena di masing-masing RS akan berbeda progres upaya KP yang telah dilakukan. Dari hasil penelitian terlihat bahwa kondisi Pp di dua RSMA, yaitu RSI Cempaka Putih Jakarta dan RS PKU Yogya menunjukkan

kondisi yang lebih baik (\geq rerata total) dari tiga RSMA lainnya. Pelatihan staf yang dibutuhkan akan berbeda di masing-masing RS tergantung pada kompleksitas masalah KP di RS masing-masing. Sebagai contoh, dari suatu penelitian yang dilakukan di Inggris/UK terkait dengan manajemen risiko klinis pada tahun 2006 menunjukkan bahwa 83% kebutuhan pelatihan pegawai di antaranya mencakup kontrol infeksi dan dekontaminasi dari alat, pembelajaran dari suatu kejadian, penggunaan peralatan, manajemen pasien yang agresif, ketrampilan komunikasi, kedaruratan, menangani hasil test, dsb (Price, Nicklin & Hayes dalam Sandars & Cook, 2007). Pemberdayaan pegawai lainnya dapat berupa pelatihan yang bertujuan meningkatkan ketrampilan pegawai di lini terdepan pelayanan kesehatan, karena terbukti bermanfaat dalam mengembangkan tingkat kepercayaan antara eksekutif dengan pegawai di lini terdepan tersebut dan mengembangkan wawasan pegawai tentang bagaimana mencapai sasaran upaya-upaya perbaikan KP (Singer et al., 2003).

Penerapan KP di RS sendiri di Indonesia masih termasuk hal yang baru di beberapa kalangan RS, dan kemudian berkembang menjadi salah satu prioritas dan menjadi penilaian dalam akreditasi RS (tahun 2007). Untuk itu, RS berperan di dalam mengembangkan program pelatihan, seminar, dsb sesuai kebutuhan untuk membantu para pegawai di setiap level untuk meningkatkan pemahaman tentang KP dan isu-isu KP yang berkembang, termasuk di dalamnya tentang budaya/iklim KP. Hal yang penting dalam mengembangkan iklim KP adalah agar meyakinkan setiap pegawai baik secara personal maupun kolektif, bertanggung jawab terhadap KP (Claridge & Sandars dalam Sandars, 2007). Kebutuhan akan pelatihan dsb ini dirasakan pula oleh para CEO RSMA karena masih belum merata di semua pegawai, baru pada orang-orang tertentu atau level tertentu. Kondisi pelatihan dsb terkait dengan KP diungkapkan pula dalam wawancara mendalam dengan beberapa Direksi RSMA:

"...sama in house training..ada pelatihan yang biaya sendiri, eh..sponsor..2 orang ke Jakarta waktu itu...jadi di komite KP itu harus ada sertifikat yang mengikuti pelatihan, jadi kita ee..apa..mengikutkan 2 orang" (informan IA)

"Kemarin kita dikritik di akreditasi menyangkut hal pembelajaran, pelatihan gitu ya, mmm... bahwa ternyata itu harus merata ke semua yang kita nilai selama ini salah. Kita menilai hanya orang-orang tertentu, pada level tertentu, ternyata memang harus semua juga dilakukan. Nah, semenjak itu, kita

sekarang mengurangi pengiriman individu, orang tertentu misalnya untuk mengikuti kursus apa disana, tetapi kita lebih ke internal, pelatihan internal. Jadi kita ee... in house training. Ada level kesenjangan yang agak lumayan antara pelaksana dengan level di atasnya.”(Informan 2A)

” Memang untuk patient safety kita ada pelatihan in house training ada ex house training itu, yang kita ikutkan di.. di luar, seperti itu... Iya, kadernya....he’eh, nanti yang dijadikan tim KPRS. Tapi setelah itu yang ada disitu, TOT keseluruhan karyawan....Ada champion-championnya kan setiap unit..” (Informan 4A)

Beberapa penelitian terkait dengan pengukuran budaya atau iklim KP menekankan pentingnya pegawai untuk melakukan pertemuan rutin atau periodik (*walk around*) yang bersifat *bottom-up*. (Hsu et al, 2006; Choudry, 2007). Pertemuan yang rutin di kalangan eksekutif (*EWR: Executive Walk Rounds*) dalam mengembangkan iklim KP yang mungkin sudah banyak dilakukan di RS, bisa saja melibatkan pegawai di setiap level, sehingga pegawai didorong keterlibatannya untuk memberikan saran dan kritik untuk perbaikan upaya KP di RS (sesuai dengan pernyataan dalam butir F14). Dalam suatu penelitian terbukti bahwa keterlibatan perawat dalam sesi-sesi *EWR* tersebut berpengaruh positif terhadap sikap KP dari perawat. *EWR* adalah alat yang menjanjikan untuk memperbaiki iklim KP dan konstruk yang lebih luas dari budaya KP (Claridge & Sandars dalam Sandars, 2007). Pertemuan rutin ini telah dilakukan oleh sebagian RSMA yang memang sudah lebih awal menerapkan upaya-upaya KP, sebagaimana terungkap dalam hasil wawancara mendalam dengan Direksi RSMA sebelumnya yang juga terkait dengan penyampaian nilai-nilai yang masuk dalam identitas organisasi.

Adanya Komite KPRS yang mau secara terbuka menerima laporan tentang isu-isu KP (F16) sejalan dengan rekomendasi IOM (*Institute of Medicine*) tentang keharusan organisasi pelayanan kesehatan mengimplementasikan mekanisme-mekanisme dalam memberikan umpan balik dan belajar dari kegagalan (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Secara nasional pun, di dalam Pedoman Pelaporan Insiden KP (2007) tujuan pelaporan insiden KP ditujukan untuk terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden KP di RS.

Komite KPRS yang ada di RSMA yang menjadi sampel penelitian ini bervariasi kondisinya. Beberapa RS sudah membentuk Komite KPRS berikut

program kerjanya, tetapi belum diketahui standard ukuran kinerja Komite KPRS terkait dengan sistem pelaporan ini. Komite KPRS dapat merumuskan sistem pelaporan berdasarkan adanya rasa saling percaya dan keterbukaan antara pemberi layanan dengan pimpinan eksekutif di dalam RS untuk mengidentifikasi suatu kesalahan, melaporkannya, menganalisis penyebabnya serta mentranslasikannya ke dalam tindakan-tindakan perbaikan secara terus menerus (Berry dalam Byers & White, 2004).

Diskusi rutin tentang isu-isu KP di setiap unit yang ada di RS (F17) penting dilakukan untuk menunjukkan ukuran-ukuran yang akuntabel dalam menyingkap masalah-masalah yang potensial, kegagalan medis, serta juga mencakup budaya pelaporan yang seharusnya bersifat *blame-free*, dan tanpa hukuman, yang merupakan media/lingkungan bagi pembelajaran seluruh pegawai. Hal ini tentu tidak mudah dan memerlukan proses, karena di dunia medik/RS seringkali budayanya didominasi oleh "*blame and shame* (menyalahkan dan malu)" (Howe & Walsh dalam Sandars & Cooks, 2007).

Kecepatan dan kemudahan bagi pegawai dalam melaporkan kasus KP (F23) ke Komite KPRS menjadi hal yang penting, karena pelaporan kasus KP tidak boleh menjadi hambatan baik secara internal maupun eksternal agar terbentuk budaya pelaporan yang diinginkan. Bahkan, dalam era informasi ini bisa dilakukan melalui *hotline* atau *online* (White dalam Byers & White, 2004).

Beberapa RSMA (RSI Cempaka Putih Jakarta, RS PKU Yogya dan RSA Ponorogo) memperlihatkan kondisi sistem pelaporan di atas rerata total. Hal ini bisa dimungkinkan karena Komite KPRS sudah menjalankan program KP termasuk sistem pelaporan terkait dengan isu-isu KP. Akan tetapi, bisa kita lihat memang terdapat variasi kondisi sistem pelaporan di RSMA ini, yang diperoleh dari hasil wawancara dengan beberapa Direksi RSMA, diantaranya:

" Kalau dari aspek sistem belum ya...SOP-nya kalo nggak salah kemarin udah ada, terus pelaporan-pelaporan juga udah mulai masuk, cuman tindak lanjutnya mungkin yah." (informan IA)

"Kita mulai sosialisasi segala kejadian yang tidak diharapkan itu kalau bisa dilaporkan. Komitmen manajemen, itu setiap bulan harus ada pelaporan, tentang, tentang KTD itu.Kita bikin sistemnya, sistem alur pelaporannya, bahkan kita bikin sistem apa namanya... formulir pelaporannya itu ditaro di setiap

ruangan. Petugas lapangan itu yang akan mengumpulkan nanti, kemudian akan merekap dan dilaporkan kepada KPRS.” (Informan 2A)

“Ya kalau terjadi kejadian seperti itu, dengan yang kita terapkan, ya yang sudah terjadi kita laporkan, sesudah dilaporkan ya kita akan sisipkan tim nya ke sana ya. Diurut kejadian seperti itu apa penyebabnya, sehingga kita bisa mengatasi permasalahan itu dengan pakarnya, kita tidak menyalahkan orang per orang, kita ingin mencari tahu penyebabnya, sehingga permasalahan ke depan bisa” (informan 3A)

“Pelaporannya gini, jadi waktu ditemukan, ayo di, tolong dimasukkan di KTD. Katakanlah seperti itu. jadi kita, kita temukan tapi dilaporkan secara lisan, jujur di dalam rapat-rapat itu.” (Informan 4A)

“Tapi memang biasanya kan ada formatnya, nah kadang teman-teman itu lupa. Ayo, baru itu dingetkeun sama.. pe..perawatannya, atau kejadiannya kemudian dilaporkan masuk KTD.” (Informan 5A)

Sistem pelaporan yang terbuka, jujur seperti disampaikan di atas ini perlu dilakukan mengingat pengalaman mendapatkan respon yang negatif terhadap pelaporan insiden yang ia lakukan akan menurunkan pelaporan insiden di masa mendatang (Blegen et al., 2004).

Dalam berbagai survey, sistem pelaporan sendiri digunakan untuk mengukur budaya/iklim KP di RS, misalnya: Sorra & Nieva (2004), Handler (2006), Cooper et al.(2008), Singer et al.(2003), Colla et al.(2005). Jadi, sistem pelaporan menjadi indikator yang baik dan menjadi ciri khusus untuk mengukur budaya/iklim KP di RS.

Selanjutnya, hasil penelitian menunjukkan pula bahwa Sistem *Rewards* (Sr) adalah indikator yang valid untuk mengukur variabel konstruksya yaitu Budaya KP (SLF =0,95). Penilaian Sr ini melalui 2 butir kuesioner (F19 dan F21) yang valid dan reliabel, yang menggambarkan cara-cara yang dilakukan top manajemen RS dalam menghargai upaya pegawai dalam berperilaku aman dan memperbaiki perilaku tidak aman. Beberapa penelitian melibatkan sistem *rewards* sebagai indikator budaya KP, di antaranya Sorra & Nieva, 2004 (respons *non punitive* terhadap *error*); Singer et al., 2009 (dukungan dan penghargaan terhadap upaya-upaya KP);

Dalam pendekatan psikologi dinyatakan bahwa sistem *rewards* yang baik adalah yang memungkinkan adanya asosiasi antara *rewards* dengan perilaku yang diharapkan (George & Jones, 2002, dalam Suryani, 2002). Terkait dengan sistem

KP di RS, maka sistem *rewards* yang baik tentunya dikaitkan dengan perilaku aman pegawai (F21), apalagi jika ingin menjadikannya sebagai suatu rutinitas. Sekecil apapun bentuk penghargaan yang diberikan, dapat memberikan efek/dampak yang dalam bagi budaya dan moral (Roberts, 1998, dikutip oleh Porto dalam Youngberg & Hatlie, 2004). Dan, jika *rewards* diberikan dalam bentuk insentif (berupa uang saku atau rekognisi profesional), maka hal tersebut dapat membantu mempertahankan perilaku-perilaku baru yang konsisten dengan budaya KP (Behal dalam Youngberg & Hatlie, 2004). Sebaliknya, untuk perilaku tidak aman pegawai, dibanding dengan memberikan hukuman/*punishment* yang akan menimbulkan ketakutan dan beban, maka akan lebih baik jika pegawai tersebut dilibatkan dalam analisis kasus untuk mencari solusinya tanpa merasa mendapat tekanan negatif (F19). Pendekatan ini lebih mendorong perilaku *safety* (Porto dalam Youngberg & Hatlie, 2004). Apalagi jika dikaitkan dengan ciri dari budaya KP adalah *no blame, no shame* dan *no punishment*, karena prinsip *error is human* dan setiap orang rentan melakukan kesalahan. Artinya diupayakan menghilangkan seminimal mungkin *disincentives* atau demotivator terkait dengan perilaku *safety*. Sistem *rewards* harus mempertimbangkan prinsip keadilan dan mempertimbangkan semua pihak yang berkepentingan secara jelas (Suryani, 2002). Adanya pertimbangan dari pihak manajemen RS dalam kompensasi untuk mengurangi terjadinya kesalahan akan mengurangi pelaporan terkait kejadian tak diinginkan (KTD) (Singer et al., 2003).

Hasil penelitian menunjukkan kondisi sistem *rewards* di RSMA terkait dengan KP adalah di atas rerata total untuk tiga RS, yaitu RSI Cempaka Putih Jakarta, RS PKU Yogya dan RSA Ponorogo. Hal ini terjadi karena sistem *rewards* di ketiga RS tersebut mungkin saja sudah menjadi bagian dari program KPRS-nya yang sudah dijalankan selama ini. Berbeda dengan RS Rumani Semarang yang masih belum optimal melaksanakan program KP-nya meskipun sudah dibentuk Komite KPRS, dan di RS Muhammadiyah Bandung yang memang baru pada tahap perencanaan. Sebagian besar RSMA pada kenyatannya memang belum membuat sistem *Rewards* terkait dengan KP, hal ini sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh beberapa Direksi RSMA, sebagai berikut:

"Iya, belum ada.."(Informan IA)

" Setiap ulang tahun, kita memberikan penghargaan kepada unit yang terbanyak memberikan pelaporan KTD ada tuh, pialanya tuh ada."Nah, sekarang tetap ada... apa namanya KPRS Awards." ." (Informan 2A)

" ee..kita belum sampai ke situ..."(Informan 3A)

"Kita belum sampe... soalne... o, ini yang ada kejadian banyak dikasih peringatan atau yang tidak ada kejadian yang zero itu dikasih reward apa jujur belum, belum ada." (Informan 4A)

"Belum, belum ada.."(Informan 5A)

Terakhir, khususnya terkait dengan atribut organisasi yang merupakan identitas organisasi amal usaha kesehatan (Aumkes) Muhammadiyah, maka seharusnya dirasakan anggotanya sebagai hal yang mendasar/sentral bagi organisasi dan merupakan keunikannya yang membedakan dengan organisasi lain dan bertahan lama (modifikasi dari Oliver & Roos, 2003). Jadi, RSMA yang menjadi bagian dari Aumkes Muhammadiyah ini dan sudah berdiri sejak lama ini, beserta nilai-nilai yang menjadi identitas organisasi sebagaimana diuraikan sebelumnya, menunjukkan perbedaan organisasi/RSMA ini dengan RS sejenis lainnya, yang relatif tidak berubah dan selalu relevan. Sejauh ini atribut yang menjadi identitas organisasi tersebut terdefinisi dengan baik, disepakati secara luas dan ditafsirkan secara positif oleh anggota organisasi untuk dapat direalisasikan dalam mencapai target-target organisasi khususnya dalam upaya KP. Sebagaimana diuraikan di atas, penyampaian nilai-nilai yang merupakan identitas organisasi terungkap dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan oleh pimpinan RSMA, yang kadangkala dikaitkan dengan program atau target-target yang ingin dicapai RSMA. (Lihat hasil wawancara)

Meskipun belum ada riset terkait dengan hal tersebut, keberadaan Aumkes Muhammadiyah termasuk RSMA hingga saat ini dan menunjukkan pula perkembangan RSMA ke arah kondisi yang lebih baik, mengindikasikan bahwa nilai-nilai tersebut tetap dipertahankan dan meningkatkan kepercayaan pegawai terhadap organisasi. Dengan adanya target-target pencapaian upaya KPRS di masing-masing RSMA, apalagi jika terkait dengan penilaian akreditasi RS, maka atribut-atribut tersebut dapat memperkuat komitmen organisasi dalam pencapaian target-target KPRS dan individu dapat mengidentifikasi dirinya baik dalam

aspek kognitif, afektif dan evaluatif terkait dengan upaya-upaya KPRS (modifikasi dari Whetten & Mackey, 2002).

Belum diketahui berapa banyak riset yang melibatkan identitas organisasi ke dalam salah satu indikator untuk pengukuran budaya keselamatan pasien di layanan kesehatan. Salah satu di antara riset/survey keselamatan di industri yang berisiko tinggi yang melibatkan pengukuran identitas organisasi di level organisasi sejauh ini sudah dilakukan oleh S-H Hsu et al. (2006), dengan nilai α -cronbach 0,83 (untuk responden perusahaan Taiwan) dan 0,80 (untuk responden perusahaan Jepang). Penelitian tersebut menunjukkan pentingnya pengukuran identitas organisasi, khususnya untuk intervensi program tertentu di organisasi.

6.3 Konstruk Variabel Laten Eksogen : Kepemimpinan Transformasional (*Lead*), Kerjasama Tim (*Team*) dan Kesadaran Individual (*Indiv*)

Hasil penelitian ini menunjukkan masing-masing indikator dari variabel-variabel laten eksogentersebut valid dan reliabel, serta kesesuaian/kecocokan model pengukuran (indikator-indikator GoF khususnya RMSEA) juga menunjukkan tingkat kesesuaian yang baik. Selanjutnya, akan dibahas masing-masing konstruk variabel eksogen tersebut di atas:

6.3.1 Konstruk Variabel Laten Eksogen: Kepemimpinan Transformasional (*Lead*)

Pada umumnya variabel kepemimpinan yang masuk pada komponen pengukuran iklim atau budaya keselamatan pasien pada penelitian-penelitian sebelumnya tidak secara spesifik menyatakan bahwa kepemimpinan yang dimaksud adalah kepemimpinan transformasional, serta kepemimpinan yang dilihat adalah di level CEO RS/Direksi RS serta tidak mengelompokkannya dalam karakteristik sebagaimana yang ada di survey ini, misalnya saja penelitian dari Pronovost et al., (2009); Survey-survey SCSu (*Safety Climate Survey*), SCSs(*Safety Climate Scale*), dan SCM (*Safety Climate Mean*) dan penelitian lainnya yang melibatkan unsur kepemimpinan. Sedangkan dalam survey penelitian yang dilakukan Mc Fadden et al.,(2009), semua indikator digabungkan dalam karakteristik kepemimpinan transformasional (tidak dikelompokkan).

Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kepemimpinan transformasional berpengaruh dalam pembentukan budaya yang berkembang di dalam suatu organisasi, termasuk juga budaya KP di RS sebagai langkah pertama dalam KP (Barling, et al. (2000), Appelbaum, et al. (1998), dalam Suryani (2007); Mangkusasono dalam Moeljono & Sudjatmiko, 2002); Mc Fadden, et al.(2009); Colla, 2005). Salah satu pesan inti yang dibawa adalah pentingnya pimpinan yang *well-trained*, dan karismatik dalam memperjuangkan langkah-langkah upaya KP (Singer, et al., 2003). Sehingga diharapkan semakin pimpinan menerapkan model kepemimpinan transformasional, semakin baik budaya KP yang dibangun.

Hasil penelitian ini menunjukkan distribusi merata kondisi masing-masing karakteristik kepemimpinan transformasional di 5 RSMA yang menjadi sampel. Terlihat bahwa kondisi semua karakteristik kepemimpinan transformasional (Si, Mi, Ki dan Ip) di dua RSMA, yaitu RSI Cempaka Putih Jakarta dan RS PKU Yogya, menunjukkan nilai di atas rerata total. Kondisi ini mendukung terlaksananya program KP secara berkesinambungan dari pimpinan RS sebelumnya, karena masa jabatan pimpinan kedua RS relatif belum lama, tetapi sebagian besar pimpinan yang baru itu adalah bagian dari pimpinan periode sebelumnya yang memang sudah memiliki pengalaman dalam mengembangkan upaya-upaya KP di RS. Tetapi gambaran bahwa pentingnya ciri-ciri kepemimpinan transformasional dimiliki oleh pimpinan senior, khususnya di tingkat Direksi RSMA dapat ditunjukkan dalam hasil wawancara dengan beberapa Direktur RSMA di bawah ini:

”Ada titik-titik yang kita sepakati bersama, tapi bahwa harus diakui orang akan tampil dengan karakternya masing-masing. Jadi bisa saja ya menimbulkan kesan...Tapi dari aspek gitu..tapi bahwa di perjalanan ada kesan-kesan yang tadi bisa terjadi, karena 3 orang itu, 3 direksi itu memang dilatabelakangi yang berbeda, perjalanannya gitu, dia beradaptasi kan...”(Informan 1A)

“...Kalau kita tidak ditegur, kita yang menegur kepala ruangan... Anda jangan segan... tapi itu kan sistem ya... Kita berusaha mendekati (memberikan nasihat) dari sistem.(hambatan)..Kalau dari dokter ya senioritas ...rasa kepemilikan, rasa ee....apa namanya bahwa gue itu jangan diatur, itu yang benturannya disitu...Tapi alhamdulillah, sejak ada ISO ada akreditasi, itu kita masuk dari situ (mengatasi senioritas).” (Informan 2A)

“Kalau hari Jumat itu, kegiatannya pertama Sholat dhuha, setelah sholat dilanjut membaca surat-surat pendek, atau ayat-ayat pendek yang dapat kita amalkan, yang populer, setelah itu diisi direktur sekitar 20 menit. Di situ tentang

memotivasi, tren dari pelayanan kesehatan ke depan seperti apa, antisipasi kita bagaimana...”(Informan 3A)

“Radikal ya... radikal dalam arti pada masa-masa tertentu memang saya harus keras dan pada saat saya datang memang harus keras. karena ada... ada hal yang mendasar, yang memang harus saya ubah, dan itu mungkin tidak semua orang... ya Ibu keras sekali, keras kaya laki-laki. Gitu ya? Tapi memang saat-saat tertentu saya harus keras, untuk ukuran, ukuran hal yang menyangkut hal yang esensial. ya memang kadang-kadang saya itu ee... terlalu... mungkin terlalu ke depan juga ya kadang-kadang. Tapi saya juga menyadari kadang-kadang ukurannya kebanter gitu lho bu. Untuk ukuran sini, untuk ukuran Ponorogo, jadi memang kadang-kadang harus, harus dibantu oleh temen-temen itu...”(Informan 4A)

Kita punya forum untuk mengkritisi. Silakan... Kalau misalnya manajemen nggak sanggup itu, boleh dikritik. Saya kembangkanlah budaya-budaya begitu. Tapi tentu kritik yang membangun, yang sifatnya disampaikan dalam bentuk dan situasi yang enak...Saya kira..., karena kan kita punya visi yang sama, jadi kita punya semangat yang sama, kita punya persepsi yang sama, bagaimana membangun rumah sakit ini, mencapai tujuan yang kita harapkan sesuai dengan keyakinan kita Saya kira kembali, bahwa jabatan ini amanah... jadi, kita punya prinsip mestinya orang Islam itu kalau diberitahu harus.. arah yang benar tentunya, harus dengan senang hati terima, bahkan terima kasih. Kalau jalannya bengkok, diluruskan harus terima kasih. Itu semangat kita. Justru itu bukan menjadi... kewajiban, kebetulan..” (Informan 5A)

Indikator pertama dari Kepemimpinan Transformasional adalah Si (Stimulasi Intelektual) yang menjelaskan kemampuan dari pimpinan untuk mampu membangkitkan kepercayaan, semangat dan stimulasi kepada para pengikutnya (pegawai) untuk secara aktif mampu menyelesaikan persoalan-persoalan dalam pekerjaannya. Hal ini sudah terlihat dalam isi butir kuesioner khususnya terkait dengan upaya-upaya KP yang menjadi tanggung jawabnya secara kreatif (butir D1), rasional (butir D3), inovatif (butir D5) dan hati-hati (butir D10). Nilai SLF yang diperoleh adalah 0,92 yang berarti validitas yang baik dan sangat signifikan. Karakteristik pimpinan seperti itu merupakan ciri yang melekat pada model kepemimpinan transformasional, sehingga tepat digunakan untuk menemukan sistem yang baru dan memperkaya struktur yang ada untuk mencapai *safety* (Rozovsky & Woods, 2005); meningkatkan kepercayaan diri, keefektifan diri, dan dorongan intrinsik untuk mencapai *goal* sehingga pada akhirnya akan memberikan kebermaknaan tugas dan kepuasan serta meningkatkan kinerja individual, kelompok dan organisasional (Kreitner & Kinicki, 2007).

Dalam model kepemimpinan transformasional juga dijelaskan bahwa dampak stimulasi intelektual dari pimpinan yang penting terhadap pengikut dan kelompoknya adalah meningkatkan kepercayaan diri, keefektifan diri, dan dorongan untuk mencapai target/goal (Kreitner & Kinicki, 2007). Nilai-nilai yang inilah yang diberikan dan diberdayakan oleh kepemimpinan yang kuat dalam membangun budaya KP (Singer & Tucker, 2005).

Indikator kedua yaitu Mi (Motivasi inspirasional) dicirikan dengan kemampuan pimpinan dalam mendorong pegawai berprestasi (butir D4), melakukan yang terbaik (butir D8) dan meningkatkan kualitas (butir D14), yang semuanya dikaitkan dengan kinerja dalam upaya KP. Nilai SLF yang diperoleh adalah 0,97 (validitas yang baik dan sangat signifikan). Dalam penelitian lain, model kepemimpinan transformasional berpengaruh positif terhadap proses organisasional dan kinerja (Geyer dan Steyer, 1998, dalam Suryani, 2007), meskipun secara tidak langsung, karena dipengaruhi oleh variabel-variabel lain dalam organisasi.

Dalam model kepemimpinan transformasional, juga dijelaskan bahwa dampak motivasi inspirasional dari pimpinan ini pada pengikut dan kelompok adalah meningkatkan motivasi intrinsik, orientasi pencapaian dan mengejar target/goal (Kreitner & Kinicki, 2007). Orientasi pencapaian dalam upaya KP diukur melalui konsep prestasi, melakukan yang terbaik serta meningkatkan mutu dalam upaya-upaya KP. Hal ini merupakan salah satu kunci yang harus ditunjukkan oleh pimpinan, utamanya pimpinan senior, dalam mengadakan perubahan di organisasi. Pimpinan harus memberi motivasi dan memberikan inspirasi pegawai dengan menunjukkan keyakinannya bahwa tujuannya dapat tercapai, bersikap optimis menghadapi masa depan dan antusiasme yang tinggi dalam menyelesaikan sesuatu (Kotter (1990) dikutip oleh McFadden (2009)).

Untuk indikator Konsiderasi individual (Ki) yang menunjukkan kemampuan pimpinan memperlakukan pegawai secara personal berupa memberi perhatian yang baik (butir D6) dan dukungan (butir D9) sesuai kondisinya/potensinya (butir D7). Nilai SLF yang diperoleh adalah 0,99 (validitas yang baik dan sangat signifikan). Komitmen organisasi adalah dalam memberikan dukungan berupa sumberdaya (*tangible*, *intangibile* dan berupa *mentoring* serta

coaching), untuk mengembangkan kompetensi dan kapabilitas bawahan dalam meningkatkan upaya-upaya KP di RS (modifikasi Liden, Sparrow & Wayne dalam Moeljono & Sudjatmiko, 2007). Dalam model kepemimpinan transformasional, juga dijelaskan bahwa dampak konsiderasi individual dari pimpinan ini pada pengikut dan kelompok adalah meningkatkan identifikasi dan kepaduan/*cohesiveness* bersama (Kreitner & Kinicki, 2007).

Indikator yang terakhir adalah Idealisasi Pengaruh (Ip) yang menunjukkan kemampuan pemimpin dalam menjadi model keteladanan (D2), etika yang tinggi (D13) serta menunjukkan dedikasi yang tinggi (D15) dalam upaya KP. Nilai SLF yang diperoleh adalah 1,00 (validitas yang baik dan sangat signifikan). Keteladanan ini menjadi penting karena besarnya pengaruh kepemimpinan transformasional langsung terhadap pembentukan budaya KP, sekitar 56% (Mc Fadden, 2006). Demikian juga hasil penelitian ini menunjukkan besaran yang sama yaitu 56%. Dari sisi etika, maka berdasarkan wawancara dengan Direksi RSMA, di salah satu RSMA bahkan menetapkan etika sebagai salah satu syarat dalam rekrutmen pegawai di seluruh tingkatan. Selain itu, pelaksanaan KP di RSMA ini masih mengandalkan komitmen pimpinan RS, sehingga keteladanan dan dedikasi yang tinggi penting untuk ditunjukkan oleh pimpinan RSMA dalam membangun budaya KP di masing-masing RS.

Dalam model kepemimpinan transformasional, juga dijelaskan bahwa dampak idealisasi pengaruh ini pada pengikut dan kelompok adalah meningkatkan identifikasi dan rasa percaya kepada pemimpin (Kreitner & Kinicki, 2007). Identifikasi dan *trust* yang meningkat kepada pemimpin organisasi kemudian akan memperkuat komitmen pengikut terhadap organisasi dan target-target pencapaian organisasi yang disampaikan oleh pimpinan organisasi, termasuk di dalamnya target-target KP yang ingin dicapai (modifikasi dari Puusa dan Tolvanen, 2006).

6.3.2 Konstruk Variabel Laten Eksogen: Kerjasama Team (*Team*)

Dimensi Tim atau Kerjasama Tim menjadi indikator yang valid dan reliabel di berbagai riset terkait dengan budaya KP, misalnya Sorra & Nieva (2004); Sexton, et al.(2000). Pendekatan tim digunakan untuk mencegah error, dimana setiap orang terlibat dalam mengumpulkan dan menganalisis data untuk

menentukan masalah, merumuskan solusi, mengujinya, menerapkannya dan mengukur keluarannya/outcome untuk memperbaiki KP (Kadzielsky & Giles dalam Rozovsky & Woods, 2005). Keselamatan Pasien adalah usaha suatu tim yang efektif, karena dalam tim yang tidak efektif akan menciptakan berbagai peluang untuk terjadinya kesalahan/error (Merry & Brown, 2002); White, 2004). Menciptakan tim yang efektif ekivalen dengan menyelesaikan suatu masalah dengan sempurna (Robbins, 2003).

Dalam suatu studi yang dilakukan oleh Sexton et al, 2009 pada Unit ICU, ditemukan bahwa dalam kondisi iklim kerjasama tim yang rendah/"poor" memerlukan suatu pertemuan-pertemuan yang bersifat kolaboratif, dan lebih banyak terdapat reponden yang menekankan pada pentingnya memperbaiki komunikasi. Untuk itu, maka tepat sekali komunikasi serta kepaduan tim masuk sebagai indikator, selain dari ciri tim yang efektif lainnya yaitu rasa saling percaya (Trust/Tr) seperti dirumuskan oleh Gibson, et al. (2006) dan Kreitner & Kinicki (2007).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Komunikasi (Ko) adalah indikator yang baik untuk mengukur variabel konstruksinya yaitu Budaya KP (SLF= 0,92) melalui 3 butir kuesioner yang valid dan reliabel, yang menggambarkan kondisi komunikasi di dalam unit (C4), antar unit (C7) dan komunikasi yang terbuka tentang isu-isu KP (C10).

Komunikasi selain menjadi karakteristik tim yang efektif, juga merupakan akar penyebab atau faktor penyumbang/kontributor (lebih dari 50%) dalam terjadinya insiden KP (Berry dalam Byers & White, 2004; Beyer, et al. dalam Sandars & Cook, 2007) dan hal yang paling sulit untuk diperbaiki (JCAHO, 2006). Riset-riset banyak mendukung permasalahan dalam kesenjangan atau efektifitas komunikasi ini dikaitkan dengan penyebab terjadinya kesalahan medis atau insiden KP lainnya. Sehingga komunikasi menjadi elemen yang penting di dalam mengukur keefektifan kerjasama tim dalam mencegah terjadinya kesalahan, baik yang terjadi di dalam unit maupun antar unit.

Diskusi yang terbuka tentang isu-isu KP baik secara verbal maupun non verbal sangat diperhatikan, karena akan terkait dengan ketrampilan berkomunikasi, keefektifan komunikasi, perbedaan pendapat yang produktif antara

anggota di suatu tim atau antar tim yang ada di RS terkait dengan isu-isu KP. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Singer et al.(2003) dinyatakan bahwa saluran komunikasi yang rutin dapat membantu menyampaikan pesan-pesan yang penting dari pimpinan dan memungkinkan pegawai di lini depan menyatakan pertimbangan-pertimbangannya terhadap KP.

Hasil penelitian ini menunjukkan pula bahwa *Trust* (Tr) adalah indikator yang baik untuk mengukur variabel konstruknya yaitu Kerjasama Tim (*Team*)(SLF= 0,85) melalui 2 butir kuesioner (C5 dan C9) yang valid dan reliabel, yang menggambarkan kondisi rasa saling percaya pegawai terhadap kejujuran (C5) dan loyalitas (C9) setiap pegawai di level unit RS. Komponen trust ini belum ada dilibatkan dalam penelitian-penelitian tentang iklim KP sebelumnya, khususnya sebagai indikator pengukuran kerjasama tim.

Terkait dengan upaya KP di RS, maka *trust* harus terbangun di antara pegawai di dalam unit maupun antar unit meskipun memerlukan waktu yang lama. Melalui adanya peningkatan *trust* di antara pegawai maka beberapa upaya KP seperti sistem pelaporan suatu kejadian atau isu tentang KP meningkatkan pula keefektifan sistem pelaporan (Solomon dalam Rozovsky & Woods, 2005). Terutama tingkat *trust* berupa kejujuran antara pemberi layanan kesehatan dengan bagian manajemen risiko pada saat pembahasan suatu kejadian.

Trust dikaitkan pula dengan kepercayaan manajemen agar sepanjang waktu yang diberikan, maka pegawai akan secara aktif mendukung suatu perubahan yang perlu kontinyu dilakukan. Tentunya dalam batas tanggung jawab dan otoritas yang dilimpahkan kepada mereka sebagai bagian pengabdianya terhadap organisasi/RSMA. Pengabdianya itu bisa dikatakan sebagai loyalitas pegawai dalam mendukung program-program RS, termasuk program KP di RS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Cohesiveness* (Kh) adalah indikator yang baik untuk mengukur variabel konstruknya yaitu Budaya KP (SLF= 1,00). Penilaian Kh melalui 2 butir kuesioner (C6 dan C11) yang valid dan reliabel, yang menggambarkan adanya pemberian peran/bagian yang penting bagi setiap pegawai dalam suatu kegiatan (C6) serta adanya kekompakan dalam unit untuk menjamin pelayanan kesehatan yang aman (C11). Rerata total nilai kepaduan ini adalah 8,28 (maksimum 10), yang merupakan kategori nilai yang baik. Indikator

kepaduan ini ini secara spesifik belum ditemukan dalam studi-studi tentang iklim KP di RS.

Pemberian peran atau bagian yang penting bagi setiap pegawai dalam suatu kegiatan di unit tersebut berarti dapat menunjukkan derajat kedekatan/kesamaan antar anggota dalam perilaku dan kinerja serta motivasinya untuk tetap tinggal di kelompoknya dan komitmennya pada kelompok (Keyton & Springston, 1995, dalam Robbins, 2003; Gibson et al., 2006). Upaya keselamatan pasien tentunya merupakan suatu kegiatan yang dilakukan di suatu unit, dan dengan adanya pemberian peran atau bagian yang penting bagi setiap pegawai untuk kegiatan tersebut tentunya merupakan bentuk keterlibatan setiap pegawai dalam membentuk budaya KP di RS. Dari keterlibatan ini akan menimbulkan rasa memiliki dan kepedulian moral terhadap kelompoknya untuk kegiatan keselamatan pasien yang dilakukan, karena suatu tim menginginkan orang-orang yang saling berhubungan (Maxwell, 2002). Saling berhubungan ini adalah perekat yang mempertahankan kebersamaan tim. Pemberian bagian yang penting bagi setiap pegawai menunjukkan adanya respek/penghargaan, yang menjadi ciri suatu tim. Pada saat tim mulai kompak, orang akan mulai merasa nyaman satu sama lain. Kebersamaan yang muncul akan mengubah tugas yang tidak menyenangkan menjadi pengalaman yang positif (Maxwell, 2002), misalnya melaporkan kesalahan sendiri maupun rekan kerja. Dengan adanya kekompakan maka pelaporan kesalahan yang sulit dilakukan dan mungkin dirasakan tak menyenangkan itu menjadi hal yang positif.

Kondisi rerata kohesivitas di RSMA yang diperoleh dari penelitian ini menunjukkan kondisi yang baik untuk kohesivitas (nilai 8,28 dari maksimum 10), yang menjadi petunjuk bahwa umumnya pegawai RSMA diberi bagian penting untuk suatu kegiatan dan menunjukkan adanya kekompakan dalam unit yang baik dalam upaya-upaya keselamatan pasien di RS. Sehingga, menjadikan unit-unit yang ada di RSMA ini mau menerima/setuju dengan target KP yang ditetapkan oleh RS, serta dipandang pihak RS sebagai perilaku unit yang positif (Gibson et al., 2006).

Tampaknya kondisi kerjasama tim yang mencakup komunikasi, trust dan kepaduan/kekompakan tim ini secara umum dinilai baik oleh Direksi RSMA,

sudah ada ruang-ruang komunikasi yang diberikan oleh pihak RS, serta adanya keyakinan akan rasa saling percaya yang tinggi serta juga kekompakan yang tinggi di antara unit kerja di RSMA, meskipun masih ada kekurangan khususnya dalam kemampuan komunikasi staf RSMA. Berikut hasil wawancara yang bisa menggambarkan hal tersebut, yang bisa menjadi kekuatan RSMA dalam membangun budaya/iklim KP di RSMA:

”Kalau kita lihat data dari psikotest, kemampuan komunikasi pegawai masih kurang...“Eee... sangat disadari, itu(komunikasi) yang masih sangat lemah. Faktor-faktornya apa, ruang untuk komunikasi formal sendiri, ini kan ruang seperti ini, kita nggak punya ruang seperti ini kan? Cuma satu... Kalau secara umum saya kira, di atas 85% mah jujur... Loyalitas itu masih kebutuhan mendasar... Komunikasi, kepercayaan, semuanya baik. Kalau dari kekompakan dokter dan perawat itu terpelihara...” (informan 1A)

“Kita melalui forum-forum seperti KIE, kita harapkan seperti manajemen D itu, kita harapkan bahwa 1 masalah yang dihadapi oleh 1 unit, yang kemudian memerlukan koordinasi dengan beberapa unit, itu bisa terselesaikan pada saat itu (KIE). KIE tuh hampir setiap bulan ada.Kita bikin sistemnya memang sudah terschedule...Kalau untuk saling percaya sih menurut saya, cukup baiklah disini...” (informan 2A)

“Untuk unit kerja itu ada komunikasi antar unit sebenarnya sudah berjalan. Mereka bisa langsung berhubungan tidak harus melalui direksi. Banyak pertemuan atau komunikasi bisa mengurangi miss comunication tadi... Jadi kita me- apa namanya ya mempraktekan surat Al-Ashr itu. Jadi kita saling menasehat-nasehatin, bernasehat-nasehatan gitu ya... Loyalitas sebenarnya mereka baik, artinya saya lihat ya kita lihat dari gaji yang relatif kecil dibandingkan rumah sakit lain, mereka masih mau memberikan pelayanan terbaik... Ya kita cukup kompak, apalagi dengan pengjian yang dilaksanakan setiap hari” (Informan 3A)

“Kalo misscom itu musti nggak ada, mungkin nggak pernah terjadi. Jadi kita... memang kan ee... komunikasi. Kita kan ada forum-forum dimana pertemuan saya kira kan untuk sarana komunikasi, kita tiap rabu.. ya sekitar tiap rabu tuh rapat-rapat, direksi dengan kabag, kabid, di bawahnya sama yang SPI, humas... Terus kita juga memang berusaha melatih berkomunikasi melalui memang kita berkelanjutan dengan service excellent itu... Karena jujur saya belum puas dengan komunikasi anak-anak sekarang... Jadi kalo ukuran loyalitas itu, jadi saya... saya kira eee... saya juga agak prihatin ya. Artinya waktu saya datang pertama kali dengan anak-anak sekarang itu sudah mindsetnya itu sudah ... mereka konsumtif. Jadi, segala sesuatu kan hanya diukur dengan uang... Untuk loyalitas, ya saya ngeliatnya dari turn overnya yah. Turn overnya memang semakin turun... Untuk suatu kegiatan, kita akui memang tim kita ya artinya di, di tempat kita, cukup baguslah,.. Jadi saya tekankan senior bukan segala-galanya, dalam anu, karier apa gitu anu... temen-temen sudah paham gitu lho.. (Informan 4A)

“Jadi begini, saya amati kan saya bekerja disini 11 tahun, tidak hanya masalah KTD, KNC ya. Maaf, masalah yang banyak disini ada 2. Ujung-ujungnya itu. pertama inisiatif yang kedua komunikasi.. Tapi insyallah sudah baguslah (komunikasi), karena latihan-latihan itu. Komunikasi kan perlu latihan, perlu pembelajaran, perlu pembiasaan, jadi budaya... Salah satu nilai yang kita kembangkan ini kan kejujuran. Jadi walaupun anda mengerjakan sesuatu yang salah, yah? Tolong anda berkata jujur. Gitu.. karena apa? Pekerjaan yang kita kerjakan ini tidak hanya milik dia. Anda bisa membohongi saya, anda bisa membohongi direktur, anda bisa membohongi kepala bidang, tapi insyallah saya yakin anda tidak bisa membohongi yang di atas. Itu perlu waktu... selalu di.. inikan.. sehingga ya insyallah lama-lama ya bisa. Jadi di antara temen pun juga sudah mulai ada yang berani melaporkan. Tapi disini sudah saya ingatkan, jangan ada budaya cari muka. Jangan ada budaya menjatuhkan temen, jangan ada budaya fitnah. Kalo kejadian itu memang ada buktinya, insyallah.. tapi kalau anda fitnah, udah nggak bisa...Jadi, rumah sakit islam itu bu, kalau tidak bisa lebih baik dari yang lain itu rasanya malu saya... Kalau disini, saya percaya betul temen-temen ini, bagus dalam kekompakan. Apalagi kalau sudah dihadapkan pada situasi yang sulit...” (informan 5A)

6.4 Konstruk Variabel Laten: Kesadaran Individual

Untuk tingkat individu, maka faktor-faktor individu yang terkait dengan upaya membentuk iklim/budaya keselamatan pasien di RS yaitu: Penilaian Kompetensi Diri (Kd), Pengenalan Risiko (Pr), Kepatuhan (Kp), Pembelajar (Pb) dan Prioritas Keselamatan (Pk). Hasil penelitian ini menunjukkan masing-masing indikator tersebut valid dan reliabel dalam mengukur budaya/iklim keselamatan pasien di RS dan juga menunjukkan tingkat kesesuaian yang baik. Hasil penelitian ini juga menunjukkan besar langsung faktor individual terhadap variabel Iklim/Budaya KP yaitu sebesar 0,20 (20%).

Kesadaran Individu juga digunakan sebagai indikator yang valid dan reliabel untuk mengukur budaya/iklim KP di beberapa survey sebelumnya, di antaranya Naveh et al.(2005), Matsubara et al. (2008), Singer et al.(2009), Currie (2007).

Indikator pertama dari Kesadaran Individual adalah Penilaian Kompetensi diri (Kd) yang merupakan indikator yang baik (SLF= 0,73), melalui 2 butir kuesioner (E1 dan E2) yang menggambarkan kesadaran individu dalam menilai kemampuannya dalam menganalisis risiko KP (E1) serta pengetahuannya tentang pelaporan insiden (E2). Sebagaimana definisi kompetensi, maka penilaian kompetensi diri pada butir-butir ini terkait dengan kualitas dalam sudut *hard*

(pengetahuan dan keahlian) yang akan menyumbangkan kinerja KP yang dirasakan penting dalam membangun budaya/iklim KP, yaitu pengetahuan tentang pelaporan insiden dan kemampuannya menganalisis risiko. Kedua hal tersebut memang menjadi hal yang pokok di dalam pelayanan kesehatan sebagaimana terdapat dalam pedoman-pedoman KP, teori dan hasil survey penelitian terkait dengan komponen-komponen untuk menciptakan budaya/iklim KP. Contohnya: Sorra & Nieva (2004) berupa frekuensi pelaporan insiden; Cooper et al.(2008) berupa pelaporan kesalahan; Sexton et al.(2000) tentang pengenalan risiko, Singer et al.(2003) berupa pelaporan dll. Dalam pedoman dasar-dasar KP dalam pelayanan kesehatan dari JCAHO (2006) juga jelas dinyatakan bahwa salah satu komponen untuk menciptakan budaya KP mencakup penilaian risiko sebelum terjadi insiden atau pencegahan insiden, serta hal-hal terkait pelaporan insiden (melakukan pelaporan rutin tentang insiden serta umpan baliknya).

Dalam lingkup nasional, dengan telah adanya adanya Pedoman Pelaporan Insiden KP (IKP), maka pengetahuan tentang pelaporan IKP menjadi penting. Selain itu alat-alat untuk menganalisis risiko secara proaktif sudah banyak diuraikan dalam berbagai referensi atau sebagai bahan materi pelatihan KP di RS, misalnya dalam materi manajemen risiko klinis. Maka, prinsip-prinsip dalam manajemen risiko klinis (mulai dari identifikasi, analisis, kontrol, menghitung biaya risiko, dst) menjadi kemampuan yang penting dimiliki pegawai RS, karena semua aspek dalam proses layanan kesehatan terkait dengan risiko klinis (Price et al. dalam Sandars & Cook, 2007). Penilaian kompetensi diri ini penting, khususnya bagi perawat di RS yang umumnya adalah jumlah terbesar dalam struktur kepegawaian RS termasuk di RSMA, karena mereka harus selalu memperbaharui pengetahuan dan ketrampilannya, selain karena adanya survey yang menunjukkan kekhawatiran dari dokter akan kompetensi perawat dan petugas lainnya (81%).

Kondisi penilaian kompetensi diri dari pegawai di RSMA ini tergolong masih belum baik, yaitu mempunyai rerata total sebesar 6,7 (nilai maks: 10). Selain itu juga jumlah responden dengan kondisi penilaian kompetensi diri di bawah rerata totalnya juga masih tinggi yaitu 423 (45,19%). Khususnya terkait dengan pengetahuan pegawai tentang pelaporan insiden KP, hal ini dimungkinkan

terjadi mengingat memang sistem pelaporan pasien di sebagian besar RSMA yang menjadi sampel ini belum berjalan dengan baik. Misalnya saja pengadaan pelatihan-pelatihan bagi pegawai untuk meningkatkan pengetahuan pegawai tentang sistem pelaporan insiden masih sedikit dan jarang dilakukan, bahkan ada yang belum pernah dilakukan. Pelatihan adalah prioritas yang tinggi dalam membentuk budaya/iklim KP, terutama yang mencakup standard kompetensi yang diinginkan dan akan dinilai secara rutin (Claridge & Sandars dalam Sandars & Cook, 2007).

Indikator kedua, Penilaian risiko (Pr) adalah indikator yang baik (SLF= 0,98) melalui 2 butir kuesioner (E3 dan E9) yang menggambarkan kesadaran individu dalam melakukan langkah-langkah tertentu untuk meminimalisasi bahaya-bahaya saat bekerja (E3) serta mempertimbangkan KP dengan matang pada setiap keputusan yang diambilnya dalam pelayanan kesehatan yang ia berikan (E9). Kondisi penilaian risiko dari pegawai di RSMA berdasarkan dua indikator ini dapat dikatakan tergolong baik, yaitu mempunyai rerata total sebesar 8,13 (nilai maks: 10), meskipun jumlah responden dengan kondisi penilaian kompetensi diri di bawah rerata totalnya juga masih tinggi yaitu 556 (59,4%). Ini menunjukkan pengenalan risiko di RSMA dalam pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap pasien belum maksimal, padahal tersebut akan memungkinkan untuk mengurangi risiko terjadinya KTD dan meningkatkan kinerja dalam KP (JCI, 2006). Tetapi dalam salah satu pedoman, langkah-langkah analisis risiko tersebut mencakup 10 langkah (menurut JCI, 2006) yang harus dicermati dan dianalisis lebih lanjut, mulai dari menentukan proses-proses berisiko tinggi untuk dianalisis hingga mengefektifkan proses tersebut dari waktu ke waktu. Untuk itu, meskipun nilai kondisi pengenalan risiko sudah tinggi, penelitian belum menggambarkan secara rinci kondisi setiap langkah analisis risiko yang dilakukan. Dalam beberapa survey tentang budaya atau iklim KP, penilaian risiko termasuk yang sering muncul sebagai salah satu indikatornya dan merupakan pertanyaan kunci untuk menilai iklim/budaya KP (Claridge & Sandars dalam Sandars & Cook, 2007).

Indikator ketiga, Kepatuhan (Kp) adalah indikator yang baik (SLF= 0,93) melalui 2 butir kuesioner (E8 dan GC2) yang menggambarkan kesadaran

individu dalam mematuhi langkah-langkah prosedur KP selama melayani pasien (GC2) serta menjalankan aturan KP yang ada (E8). Kondisi kepatuhan dari pegawai di RSMA mempunyai rerata total sebesar 8,24 (nilai maks: 10), meskipun demikian jumlah responden dengan kondisi penilaian kompetensi diri di bawah rerata totalnya juga cukup tinggi yaitu 423 (45,2%).

Dalam beberapa survey sebelumnya, kepatuhan terhadap langkah-langkah prosedur KP dan aturan KP merupakan komponen penting dalam mengukur kondisi budaya/iklim KP, karena prosedur dan aturan atau kebijakan merupakan aspek yang diperhitungkan dalam mengukur dimensi budaya/iklim KP di tingkat organisasi, khususnya di RS yang memiliki beberapa pelayanan berisiko tinggi ((Naveh (2005); Matsubara (2008); Colla (2005); Currie (2007)). Para tenaga medis dapat mengurangi potensi kecelakaan medis dan mencegah cedera pasien dengan mematuhi kebijakan-kebijakan praktek dan dengan melaksanakan prosedur (Magnusson dalam Youngberg, 2004). Sebaliknya, kurangnya perhatian terhadap prosedur adalah salah satu bagian dari faktor organisasi yang menyebabkan suatu kesalahan menjadi KTD (Johnson & Hudson, 2004, dalam Yassi & Hancock, 2005).

Tentunya, RS harus memiliki kebijakan, aturan, dan prosedur keselamatan yang sesuai sebagai upaya kritis untuk menciptakan organisasi yang lebih aman (Flemons et al., 2005). Aturan atau kebijakan tersebut di antaranya berupa kebijakan organisasi yang menjelaskan komitmen organisasi terhadap KP, dan mengartikulasikan bagaimana staf didukung penuh untuk melaporkan semua KNC, KTD dan ancaman/bahaya (*safety hazards*) (Budrevics & O'Neill, 2005). Kebijakan, pedoman atau aturan tentang KP di beberapa negara sudah ada dan berlaku secara nasional seperti di Inggris, Amerika, dan Australia. Demikian pula di Indonesia dengan Pedoman Pelaporan Insiden KP dan aturan KP lainnya dalam sistem akreditasi RS. Akan tetapi, sejauh ini belum dilakukan penelitian tentang sejauhmana kepatuhan terhadap kebijakan, pedoman dan aturan KP, khususnya di Indonesia, sesuai standard-standard pengukuran yang disepakati. Dalam hal ini dimungkinkan sekali untuk membandingkan standard-standard kepatuhan terhadap prosedur keselamatan di RS secara konsisten dengan organisasi-

organisasi lain yang sangat terpercaya seperti di penerbangan dan nuklir (Singer et al., 2003).

Indikator ke-empat, Pembelajar (Pb) adalah indikator yang baik (SLF= 0,98 melalui 2 butir kuesioner (E11 dan GC7) yang menggambarkan kesadaran individu dalam mempelajari cara-cara untuk memperbaiki pelayanan kepada pasien dengan aman (E11) serta mempelajari langkah-langkah yang meminimalkan kesalahan saat melayani pasien (GC7). Kondisi pembelajar dari pegawai di RSMA berdasarkan dua indikator ini dapat dikatakan tergolong cukup baik, yaitu mempunyai rerata total sebesar 7,40 (nilai maks: 10), meskipun ternyata jumlah responden dengan kondisi pembelajar di bawah rerata totalnya juga masih cukup tinggi yaitu 428 (45,72%).

Dalam beberapa survey ditunjukkan bahwa kesadaran individu dalam mempelajari cara atau langkah dalam memperbaiki layanan maupun dalam meminimalkan kesalahan merupakan komponen penting dalam organisasi pembelajar yang menekankan pada para manusia pembelajar, yang dalam kaitannya dengan KP berarti menekankan pada respon terhadap fokus-fokus masalah untuk memperbaiki sistem dibanding kesalahan perorangan (Singer et al., 2003; Kirk et al., 2009; Handler et al., 2006). Kesadaran di atas menjadi ciri pembelajar yang melihat bahwa individu dapat mendiskusikan pengalaman mereka dalam melihat peluang-peluang perbaikan. Hal ini sesuai dengan budaya pembelajar yang diinginkan dalam pedoman KPRS, dalam salah satu langkah menuju KP yaitu "belajar dan berbagi pengalaman tentang KP." Setiap pegawai memiliki pengalaman dan persepsi yang unik terhadap pengalaman pasien. Sesuai dengan prinsip Deming, mereka sendiri yang paling dekat dengan kesalahan yang terjadi dan seringkali paling berpeluang untuk memberikan solusi yang diperlukan untuk menghilangkan penyebab dan terulangnya kesalahan tersebut (Model Pendekatan Terpadu KP dari Gavin & Saltonstall dalam Youngberg & Hatlie, 2004). Kesalahan menjadi peluang pembelajaran setiap pegawai, mekanisme ini sebagai awal untuk membentuk organisasi pembelajar yang diinginkan. Komitmen untuk menjadi pembelajar merupakan ketrampilan yang harus dikuasai oleh pimpinan maupun staf (Schein, 2004, dalam Susanto et al., 2008). Jika perlu dinyatakan dalam bentuk adanya *reward* sebagai penguat dalam upaya

mempertahankan dan mengukuhkan perilaku pembelajar bagi pegawai. *Reward* yang baik adalah yang memungkinkan terjadinya hubungan antara *reward* dengan perilaku yang diharapkan (George & Jones, 2002 dalam Suryani, 2002). Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Suryani (2002) pengaruh langsung sistem *reward* terhadap orientasi belajar adalah positif sebesar 13,5%. Meskipun pengaruh positif tersebut tidak besar, perilaku pembelajar setiap pegawai dalam melihat peluang perbaikan sistem dan meminimalkan kesalahan dapat saja dijadikan indikator bagi *reward* yang akan diberikan. Sayangnya, keterkaitan perilaku pembelajar dengan pemberian *reward* di RSMA ini pada umumnya belum dilakukan.

Indikator ke-lima, Prioritas keselamatan (Pk) adalah indikator yang baik (SLF= 0,94) melalui 2 butir kuesioner (GC8 dan GC9) yang menggambarkan kesadaran individu dalam mempertimbangkan isu-isu KP pada saat ada peralatan/sarana baru (GC8) serta pada saat terdapat perubahan program/proses layanan (GC9). Kondisi prioritas keselamatan dari pegawai di RSMA berdasarkan dua indikator ini dapat dikatakan tergolong baik, yaitu mempunyai rerata total sebesar 7,10 (nilai maks: 10), meskipun jumlah responden dengan kondisi prioritas keselamatan di bawah rerata totalnya juga masih tinggi yaitu 493 (59,4%) dibanding mereka yang di atas rerata total.

Berdasarkan survey oleh Singer et al., 2003, indikator prioritas keselamatan ini diidentifikasi sebagai unsur penting dalam budaya keselamatan di organisasi dengan tingkat reliabilitas yang tinggi seperti di industri transportasi laut dan udara. Pelayanan kesehatan memiliki kesamaan dengan industri tersebut. Untuk itu, terkait dengan isi butir yang kuesioner yang mengindikasikan adanya prioritas KP dari pegawai dengan adanya peralatan/sarana atau program yang baru, maka hal ini dapat menjadi gambaran yang jelas tentang penekanan utama dan konsistensi pegawai dalam memprioritaskan KP. Salah satu kunci dari pesan yang harus dikomunikasikan secara konsisten dalam sistem KP adalah penekanan /artikulasi KP sebagai prioritas utama, relatif terhadap biaya produksi atau efisiensi. Prioritas keselamatan juga penting diperhatikan misalnya terkait dengan masalah *staffing* dan beban kerja.

Secara umum, maka pentingnya kesadaran individual dinilai terutama dalam pengenalan risiko, penilaian kompetensi diri dan prioritas keselamatan, mengingat program-program KP umumnya belum dikembangkan dengan baik di beberapa RSMA. Adapun pembelajar atau kepatuhan bisa dianggap kondisinya cukup baik. Hal ini terungkap dari wawancara dengan beberapa Direksi RSMA sebagai berikut:

” Di RS itu risikonya risiko tinggi... Jadi, ya saya lihat tadi dengan teman-teman luar menilai disini baik untuk pasien maupun pegawai, kondisi RS belum menjamin kondisi itu... Aspek nilai pada diri mereka (pegawai) belum cukup kuat... Yang kedua, dari aspek itu dia memang dalam standar minimal penghasilan mereka, sehingga salah satu keselamatan pasien mungkin bahwa ini juga harus diselamatkan dulu supaya dia melayani dengan baik...Strateginya kita baru ngomong itu (masalah prioritas keselamatan pasien) setelah apa yang mereka inginkan itu terpenuhi....Ada aspirasi dari bawah untuk belajar. (Informan 1 A)

“Ini yang kita belum lakukan, untuk sekarang penilaian yang... artinya parameter penilaian bahwa dia sudah... prinsip-prinsip untuk keselamatan pasien itu yang belum... Jadi kita mengevaluasi itu dari kejadian yang tidak diharapkan itu tidak berulang lagi... tapi penilaian secara individu.. belum... Sudah, tapi itu belum sampai ke tingkat ee... pelaksanaan...Jadi kepala ruangan itu dia sudah mengassess apa yang kemungkinan eee... akan berisiko di ruangan...Mungkin kalau dipersentase ya, sekitar 80% pembelajaran sudah (informan 2A)

“..kita lihat dan jelaskan kembali kepada bawahan istilahnya..... mengingatkan kembali kepada cara-cara, karena mungkin mereka bekerja pada rutinitas, dan apakah rutinitas tersebut sudah sesuai prosedur yang sebenarnya.Kadang-kadang kesannya ribet tapi sebenarnya itu untuk keselamatan pasien itu sendiri, jadi harus dijelaskan...Jadi, dengan mengetahui, dengan mempelajari, penyebab dari kasus ini, ya jadi kita bisa mengatasi ke depan. Supaya tidak terulang lagi. Kita bersama-sama... menjalani.. ini proses. Jadi... ya kita melibatkan mereka (pegawai), selalu melibatkan... kita apa namanya sampaikan pada mereka, ini rumah sakit bersama-sama, milik kita bersama-sama. Jadi kalau kita mau maju, nggak bisa dokter maju sendiri, jadi semuanya harus... semuanya harus mendukung. Tukang parkir, satpam, tukang sapu, itu merupakan satu kesatuan.(informan 3A)

“ Untuk kepatuhan... ya musti ada sih yang, yang tidak patuh, Kalo ada masalah yang buesar kira-kira berdampak itu dokternya dateng sendiri terus anu ya mereka juga nggak mau disalahkan...Keinginan untuk belajar tinggi itu bu. Kadang-kadang ini bu... minta SKP semua.” (Informan 4A)

“ Menurut saya sudah... apa ya, cukup baiklah. Karena... di tempat kita, di tempat kami kan semua tindakan yang harus kita kerjakan itu, harus ada landasan mengapa ia harus bertindak. Sekali lagi kita punya akreditasi, kita punya ISO. Di semuanya ada itu...Iya, insyallah temen-temen mau cari informasi

apapun... Iya, jadi setiap tahun kan ada... masing-masing itu diberi kebebasan. Anda kepengen meningkatkan apa. Siapa yang mau dilatihkan PPI. Siapa yang mau dilatihkan patient safety, siapa yang apa.. ee... perlu belajar ini, dan ini kan ada semua. Semua nanti kan dikumpulkan, kemudian ada dengan anggaran yang ada kan diprioritaskan. Tidak semuanya diberikan.” (Informan 5A)

6.4.1 Pengaruh Kepemimpinan Transformasional dengan Iklim Keselamatan Pasien di RS

Berdasarkan hasil penelitian, Kepemimpinan Transformasional berhubungan secara bermakna dengan Iklim KP di RS ($t=15,75 > 1,96$) serta efek langsungnya ternyata paling tinggi dibanding variabel laten lainnya (Kerjasama Tim dan Kesadaran Individual) terhadap budaya/iklim KP yaitu sebesar 0,56. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh McFadden et.al, (2006). Dengan demikian hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa ada hubungan (positif) yang bermakna antara kepemimpinan transformasional dengan budaya/iklim KP di RS tidak dapat ditolak.

Dari survey yang dilakukan oleh Singer et al. (2003) dinyatakan bahwa kepemimpinan yang efektif menghendaki keterikatan yang aktif antara pimpinan dengan pegawai di seluruh level dari institusi. Misalnya, seorang pimpinan eksekutif melaporkan bahwa secara personal ia memeriksa dan menandatangani setiap analisis penyebab masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) yang dilakukan di fasilitasnya. Dalam survey itu pula dinyatakan pula bahwa RS-RS melakukan kegiatan-kegiatan yang sederhana dan *familiar* tetapi mempunyai dampak terbesar. Kegiatan tersebut adalah kegiatan sarapan pagi dengan pimpinan senior, yang mengundang staf untuk meningkatkan perhatian mereka pada safety dalam suasana yang informal, yang dapat memberikan *valuable insight* terkait perhatian terhadap safety di lini terdepan pelayanan kesehatan dan pegawai mengamati langsung komitmen kepemimpinan terhadap KP.

Selain itu dinyatakan pula bahwa CEO yang berlatar belakang medis tetapi tanpa pengalaman mengikuti pelatihan manajemen, seringkali tidak melakukan persiapan yang memadai untuk memperjuangkan inisiatif-inisiatif baru dan melibatkan secara aktif dalam upaya-upaya KP. Sebaliknya CEO tanpa pelatihan/latar belakang klinis menghadapi tantangan yang lebih besar dalam

memahami risiko-risiko di lini terdepan pelayanan kesehatan. Beberapa program seperti pertemuan rutin di atas serta program-program terstruktur di dalam agenda KP memungkinkan CEO/Eksekutif meluangkan waktu di beberapa unit untuk memungkinkan mereka mempelajari perhatian lini terdepan pelayanan kesehatan terhadap KP di RS.

Dari wawancara mendalam dengan Direksi RSMA diketahui bahwa pertemuan-pertemuan rutin yang dilakukan Direksi dengan jenjang di bawahnya tampaknya sudah merupakan hal yang diupayakan rutin dilakukan, bersamaan dengan pengajian rutin. Ada yang sebulan sekali, seminggu sekali bahkan sehari sekali dalam bentuk pengajian setelah melakukan shalat dhuhur. Materi yang disampaikan dalam pertemuan tersebut menyangkut pula penyampaian visi, nilai-nilai organisasi, etika dan pencapaian organisasi lainnya, termasuk upaya-upaya KP. Tetapi penilaian responden masih banyak yang menilai kondisi kepemimpinan transformasional (berikut untuk setiap indikatornya) masih di bawah nilai rerata total RSMA. Hal ini menjadi catatan bagi pimpinan senior/Direksi RSMA untuk memperhatikan hal-hal yang masih dirasakan kurang menurut persepsi staf RSMA.

Dalam studi yang dilakukan oleh Fukuda et al., (2009) di 418 RS yang ada di Jepang tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kegiatan KP pada sistem KP dan Kontrol Infeksi, menunjukkan bahwa hambatan yang penting dalam mempromosikan sejumlah praktik KP di RS adalah kesenjangan dalam melembagakan kepemimpinan. Kesenjangan kepemimpinan ini berhubungan dengan penurunan volume kegiatan KP. Kegiatan KP yang dimaksud adalah terfokus pada pertemuan-pertemuan dan seminar, audit internal, pendidikan dan pelatihan tentang KP, pelaporan insiden serta *surveillance* infeksi. Terkait dengan upaya-upaya KP yang dilakukan di RSMA, maka apa yang telah dilakukan pihak Direksi RSMA melalui pertemuan-pertemuan rutin di atas serta peran lainnya dalam meningkatkan budaya/iklim KP maka peran kepemimpinan dapat berpengaruh terhadap meningkat atau menurunnya volume kegiatan KP yang dilakukan di RSMA.

Di dalam menerapkan KP ini dalam pelayanan kesehatan, menurut Sheikh, Baker & Thomson dalam Sandards & Cook (2007), terdapat beberapa hambatan budaya yaitu:

- skeptis terhadap perubahan yang diusulkan untuk memperbaiki KP
- otonomi individual sehingga kurang keinginan untuk bekerja sama
- tanggungjawab individu yang tinggi untuk melakukan tindakan-tindakan sehingga menyalahkan diri sendiri untuk kegagalan yang terjadi
- ketakutan akan adanya komplain atau gugatan/tuntutan (litigasi) yang menyebabkan kurangnya keinginan untuk mengakui atau mendiskusikan kesalahan
- struktur hierarki yang lebih menyalahkan individu dibandingkan sistem.

Untuk mengatasi hambatan di atas, maka dibutuhkan keterlibatan aktif *patient safety champions* di semua tingkat organisasi, terutama pimpinan senior dan manajer menengah yang menempatkan KP sebagai prioritas, memberikan pelatihan dan dukungan untuk pemberi yankes di layanan terdepan, dan menetapkan strategi yang proaktif untuk identifikasi risiko seperti *safety walk-rounds*. Implementasi strategi yang proaktif ini pada tahap akhir akan membantu membangun budaya/iklim KP, dimana individu-individu yang membuat laporan terkait KP berperan penting dalam mendesain ulang sistem untuk memperbaiki KP (Frush, 2008).

Selain hambatan tersebut di atas, progres dalam KP di RS juga merupakan hal yang kompleks karena pelayanan kesehatan/RS adalah organisasi yang kompleks. Sehingga perubahan yang bersifat organisasional juga kompleks, demikian pula intervensi-intervensi KP adalah hal yang kompleks. Dalam tulisan yang sama, dinyatakan bahwa di beberapa negara yang telah memiliki progres yang signifikan dalam mengembangkan KP menunjukkan bahwa di dalamnya ada kepemimpinan yang jelas dari mereka yang memiliki kekuatan posisi di dalam pelayanan kesehatan. Terdapat kebutuhan yang jelas akan kepemimpinan di tingkat yang paling tinggi dalam menetapkan agenda KP untuk membangun dukungan terhadap jaminan KP. Karena pegawai secara individual maupun kolektif perlu mempunyai pola pikir/*mindset* dan keyakinan bahwa upaya KP adalah alternatif upaya yang paling aman bagi pasien.

Dampak salah satu ciri kepemimpinan transformasional yaitu motivasi inspirasional dari pimpinan ini pada pengikut dan kelompok adalah meningkatkan motivasi intrinsik, orientasi pencapaian dan mengejar target/ goal dan selalu optimis (Kreitner & Kinicki, 2007). Sehingga peran pimpinan senior adalah menetapkan orientasi pencapaian KP yang diukur melalui penetapan agenda KP tersebut di atas, serta membentuk *mindset* seluruh pegawai terhadap jaminan mutu upaya KP. Hal ini merupakan salah satu kunci yang harus ditunjukkan oleh pimpinan, utamanya pimpinan senior yang memiliki kekuatan posisi di dalam mengadakan perubahan di RS.

Dengan adanya hambatan-hambatan budaya yang kompleks disebutkan di atas dalam membangun jaminan akan efektifnya upaya KP yang dilakukan di RS, serta adanya bukti bahwa kepemimpinan yang efektif dan aktif dapat memberikan dampak yang besar terhadap budaya KP di tingkat organisasi/RS, maka model kepemimpinan transformasional dari para CEO RS dapat menjadi salah satu solusi yang tepat untuk membangun budaya/iklim KP di RS.

Variabel laten Kepemimpinan Transformasional (*Lead*) mempunyai pengaruh positif langsung paling besar terhadap variabel Iklim KP sebesar 0.56 (*standardized effect*) dan mendukung studi yang dilakukan oleh Mc Fadden et. Al (2009), dengan nilai yang tepat sama (SLF=0,56). Hal ini tampaknya selaras dengan nilai organisasi dan nilai pribadi/karyawan, dimana dalam RSMA yang cenderung memiliki ciri budaya organisasi "klan/kekeluargaan" (Setiawati, 2002), kepemimpinan Direksi diperkirakan lebih berperan sebagai fasilitator (terhadap konflik yang berkembang), mentor, "orang tua" yang memberi teladan yang baik (Tjahjono, 2010), khususnya dalam membangun iklim KP. Ciri kepemimpinan dalam budaya klan RSMA ini, penting dalam tahap awal program penurunan kesalahan, dimana keteladanan pimpinan menjadi penyemangat karyawan dalam pelaksanaan program KP.

6.4.2 Pengaruh Kerjasama Tim dengan Iklim Keselamatan Pasien di RS

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel laten Kerjasama Tim berhubungan secara bermakna dengan Iklim KP di RS ($t=2,10 > 1,96$), serta efek

langsungnya ternyata kecil sekali terhadap iklim KP yaitu sebesar 0,07 ($<0,08$). Meskipun hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kerjasama tim dengan budaya KP di RS dapat diterima, tetapi efek langsungnya kecil terhadap iklim KP di RSMA (SLF=0.07).

Pentingnya tim atau kerjasama tim dalam membangun budaya KP banyak disinggung dalam berbagai referensi dan penelitian, terutama terkait dengan masalah komunikasi. Dari survey yang dilakukan oleh Inoue & Karima (2009) ditemukan bahwa kemampuan komunikasi di antara perawat misalnya, yang menjadi porsi terbesar penelitian ini, diketahui berhubungan bermakna secara statistik dengan pembentukan perilaku perawat dalam KP baik di RS besar maupun kecil. Di industri lain yang lebih mirip kondisinya dengan pelayanan kesehatan yaitu transportasi udara, faktor kerjasama tim yang penting untuk diidentifikasi diantaranya kemampuan komunikasi interpersonal, kerjasama dan kolaborasi dibanding hierarki (Sexton & Helmreich (2000) dalam Blegen et al., 2004).

Di dalam berbagai teori, banyak dijelaskan bagaimana kerjasama tim yang berkembang dengan baik dan efektif mempunyai hubungan yang positif dengan upaya-upaya KP di RS (Stock et al.(2007)); dapat mengukur outcome untuk memperbaiki KP, mencegah *error* (Kadzielsky & Giles dalam Rozovsky & Woods, 2005). Pada kebanyakan organisasi pelayanan kesehatan, diketahui bahwa pendekatan tim yang kolaboratif akan menandai suatu perubahan budaya dalam cara organisasi itu bekerja (Rozovsky & Woods, 2005). Perubahan budaya/iklim yang dimaksud tentunya termasuk di dalamnya adalah budaya/iklim KP di RS.

Mengenai kecilnya pengaruh langsungnya terhadap pembentukan budaya KP di RSMA ini, kemungkinan disebabkan konstruk kerjasama tim yang diukur dalam survey ini kurang akurat. Ada ukuran-ukuran lain yang mungkin lebih baik diikutsertakan seperti masalah penanganan konflik, dsb. Atau, bisa juga karena responden mempunyai mobilitas yang cukup tinggi untuk berpindah-pindah unit kerja. Sehingga penilaian terhadap persepsi "unit" yang dimaksud menjadi kurang fokus/jelas. Meskipun sebenarnya yang dimaksud di dalam penelitian ini adalah kondisi kerjasama unit kerja secara umum, melalui penilaian secara umum kondisi

komunikasi, trust dan kepaduan dari unit kerja yang ada di RS, dimana pun responden ditempatkan.

Pada model ini, variabel laten Kerjasama Tim (*Team*) memberikan pengaruh yang sangat kecil kepada Iklim KP . Hal ini kurang sesuai dengan teori atau studi-studi sebelumnya, demikian juga dari hasil wawancara dengan Direksi RSMA yang menyatakan tidak ada masalah yang berarti dalam Kerjasama Tim. Bisa jadi karena kelemahan instrumen pengukuran kerjasama tim (misalnya indikator yang dipilih) atau dari sisi responden yang karakteristiknya sangat bervariasi dan hampir 58% lama kerja responden di unit tersebut < 5 tahun, sehingga menimbulkan bias dalam penilaian terhadap indikator-indikator kerjasama tim (komunikasi, trust dan kepaduan).

6.4.3 Pengaruh Kesadaran Individual dengan Iklim Keselamatan Pasien di RS

Berdasarkan hasil penelitian, Kesadaran Individual berhubungan secara bermakna dengan Iklim KP di RS ($t=6,35 > 1,96$) serta efek langsungnya cukup baik terhadap iklim KP yaitu sebesar 0,20.

Pentingnya kesadaran individual dalam membangun budaya KP banyak disinggung dalam berbagai referensi dan penelitian. Penilaian budaya /iklim dapat melalui ciri/atribut dari pegawai secara individu, atau yang disebut sebagai iklim psikologis (*psychological climate*) (Blegen et al., 2004). Termasuk di dalamnya komponen-komponen kesadaran individual berupa penilaian kompetensi/kemampuan dirinya dalam menjamin KP. Penilaian kemampuan/kompetensi diri di antara perawat misalnya, yang menjadi porsi terbesar penelitian ini, diketahui berhubungan bermakna secara statistik dengan pembentukan perilaku perawat dalam KP baik di RS besar maupun kecil (Inoue & Karima, 2009). Dalam suatu penelitian diketahui pula adanya variasi terhadap nilai-nilai KP di tenaga medis, khususnya perawat, dan tenaga non medis, yang menunjukkan perbedaan kepedulian mereka terhadap upaya-upaya KP (Pronovost, et al., 2003). Di industri lain yang lebih mirip kondisinya dengan pelayanan kesehatan yaitu transportasi udara, faktor individu yang penting untuk diidentifikasi diantaranya adalah sikap individu terhadap *safety* dan pengenalan

risiko yang inheren dalam kelelahan/*fatigue* dan stress (Sexton & Helmreich (2000) dalam Blegen et al., 2004).

Sebagaimana yang disampaikan dalam uraian di tinjauan pustaka, penyesuaian nilai-nilai individu dilakukan untuk melihat kesesuaian dengan budaya organisasi saat ini, maupun budaya organisasi yang diharapkan atau yang akan dibentuk. Iklim/Budaya KP di RS merupakan iklim/budaya yang ingin dibangun di RS, maka penyesuaian nilai-nilai individu dalam KP harus dilakukan dan dilihat kesesuaiannya dengan iklim/budaya KP yang ingin dibentuk. Melalui penelitian ini, hasil penilaian kondisi individu dalam bentuk kesadaran individu dalam KP yang mencakup penilaian kompetensi diri, penilaian risiko, kepatuhan, pembelajar dan prioritas keselamatan, ternyata memang memberikan pengaruh yang cukup baik (20%) terhadap terbentuknya budaya KP di RSMA. Di dalam iklim/budaya KP nilai-nilai individu tersebut diperlukan untuk membangun persepsi, sikap dan perilaku pegawai dalam peningkatan upaya-upaya KP di tingkat RSMA.

6.5 Hubungan antara Variabel Eksogen:

6.5.1 Hubungan Kepemimpinan Transformasional (Lead) dengan Kerjasama Tim (Team)

Hasil analisis *2nd order model* menunjukkan bahwa berdasarkan model struktural dapat dilihat adanya hubungan yang signifikan antara variabel Lead dengan variabel Team dengan nilai- $t = 28,99 (> 1,96)$. Hal ini menunjukkan bahwa kepemimpinan transformasional di tingkat CEO/Direktur RS (melalui penilaian responden terhadap 4 jenis karakteristiknya) berhubungan secara signifikan dengan kerjasama tim dari unit-unit kerja yang ada di RS (melalui penilaian responden terhadap kondisi komunikasi, *trust* dan *cohesiveness* di tingkat unit kerja). Berdasarkan hasil penelitian ini pula, umumnya masih sebagian besar responden (sekitar 50%) menyatakan kondisi beberapa karakteristik kepemimpinan transformasional maupun kondisi kerjasama tim masih di bawah rerata total maupun rerata RS.

Dengan hasil bukti adanya hubungan yang bermakna ini, maka hal ini mendukung teori maupun studi yang ada terkait dengan bagaimana model

kepemimpinan transformasional ini dapat menimbulkan rasa saling percaya, mencoba mengembangkan kepemimpinan pada orang lain, memberikan efek pada kelompok berupa kepaduan bersama antar anggota kelompok, mampu menginformasikan kelompok untuk meningkatkan orientasi pencapaian/goal atau reward yang diinginkan, serta mengembangkan komunikasi yang efektif dalam membangun kohesif dan kerjasama yang diperlukan untuk suksesnya perubahan, khususnya di bidang KP (Kreitner & Kinicky, 2007; Mc Fadden, 2009). Rasa saling percaya, kepaduan/*cohesiveness* dan komunikasi inilah yang diperlukan untuk terciptanya kerjasama tim yang efektif. Pada akhirnya, menciptakan tim yang efektif ekuivalen dengan menyelesaikan suatu masalah dengan sempurna (Robbins, 2003). Sehingga pada akhirnya adanya kerja tim yang tidak efektif menciptakan berbagai peluang untuk terjadinya kesalahan (Merry & Brown, 2002; White, 2004).

Sebaliknya, dengan adanya keberagaman perangkat perilaku unit maupun individu dan lebih banyaknya sub kultur yang terjadi (modifikasi dari Susanto et.al., 2008), khususnya sub kultur yang terjadi di unit-unit yang ada di RS, maka komunikasi, rasa saling percaya dan kepaduan dari unit-unit yang ada (sebagai ciri dari kerjasama tim yang efektif) menjadi penting dalam mendukung terciptanya kepemimpinan transformasional. Karena model kepemimpinan transformasional akan berjalan dengan lebih baik dalam kondisi kerjasama tim yang efektif. Kepemimpinan transformasional memerlukan tim yang bisa melibatkan anggota-anggotanya berkoordinasi, berkomunikasi di setiap level, termasuk level Direksi RS. Tim dan kerja tim merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan, dan sukses organisasi (RS) meningkatkan ketergantungan pada kerja tim dalam keseluruhan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien (Rozovsky & Woods, 2005).

6.5.2 Hubungan Kepemimpinan Transformasional (Lead) dengan Kesadaran Individual (Indiv)

Berdasarkan model struktural dapat dilihat adanya hubungan yang signifikan antara variabel kepemimpinan transformasional dengan variabel kesadaran individual dengan nilai-t = 14,30 (>1,96).

Terdapat suatu perbedaan antara sikap manajemen dan perilaku pegawai dalam rangka untuk menganalisis dan mengelompokkan budaya/iklim keselamatan. Keduanya harus dipandang sebagai dua fenomena yang terpisah tetapi saling berkaitan (Arboleda & Abraham (2004) dalam Choudhry (2007)). Sikap manajemen berupa komitmen manajemen serta dukungan pegawai merupakan hal yang kritis untuk suksesnya suatu perubahan yang diinginkan. Hasil penelitian dari Langford et al.(2000) yang dikutip oleh Choudhry et al.(2007) menunjukkan bahwa bila pegawai yakin/percaya bahwa manajemen memperhatikan keselamatan individu, maka mereka lebih ada kemauan untuk bekerjasama dengan pihak manajemen untuk memperbaiki kinerja keselamatan.

Terdapat keterkaitan antara peran pimpinan di tingkat senior ini dengan individu, misalnya terkait dengan kompetensi yang menjadi komponen penting bagi seluruh pegawai profesional, maka pimpinan di level tersebut dapat meningkatkannya melalui dorongan atau memberikan kebijakan untuk pendidikan lanjutan, sertifikasi dan bentuk-bentuk penghargaan, rekognisi atau struktur gaji (Kramer & Schamalen, 2002, dikutip oleh Byers & White, 2004). Hal ini disampaikan pula oleh beberapa Direksi RSMA, yang memberikan kesempatan untuk individu mengikuti sertifikasi dalam KP yang dilakukan di tingkat pusat (PERSI), serta penghargaan terkait dengan KP di RSMA semacam KPRS Award di RSI Cempaka Putih Jakarta, atau contoh yang lainnya, apa yang dilakukan oleh pimpinan RS PKU Yogyakarta, berikut kutipannya:

“Selain itu juga, setiap tiga bulan, kita itu dapat namanya IPK. Indeks Prestasi Kerja. Jadi orang-orang yang bekerja, kita kasih indeks. Jadi seperti di ICU, itu risiko lebih gede, indeksnya lebih gede. Nanti dikalikan persentasenya dari hasil data medik. Kita juga baru mencoba untuk membuat katakanlah DP3 yang dikaitkan dengan itu tadi, indikator yang 3 tadi. Mutu, aman, etika, seperti itu. jadi mestinya, perawat-perawat yang pernah melakukan kesalahan, itu mesti ada punishmentnya. Rewardnya kan jelas dengan DP3. Jadi kalau memang kerjanya bagus, ya dapat itu, tadi kan ada catatan-catatan misalkan ini kalau si A ini kemarin pernah menyuntik obat salah, itu dicatet. Jangan sampe DP3 itu, hanya ya... semau-maunya. Nggak ada indikatornya. Misalkan itu kan muncul, misalkan kedisiplinan. Nah, kalo dia itu salah, kan nggak disiplin” (Informan 5A)

Hal lainnya, misalnya untuk pelaporan insiden KP, maka staf didukung penuh oleh pihak manajemen senior untuk melaporkan semua KNC, KTD dan isu-isu lainnya tanpa merasa takut dihukum atau disalahkan melalui forum diskusi

yang dihadiri oleh pimpinan senior, sebagai salah satu ciri kepemimpinan transformasional. Sebagai contoh, dari wawancara dengan Direksi RSMA diketahui pula bahwa di RSI Cempaka Putih sudah disosialisasikan, dibuat sistemnya dan ada follow-upnya. Hal ini tentunya dengan dukungan pimpinan di level tertinggi, sebagaimana diungkapkan pada kutipan wawancara berikut:

“..segala kejadian yang tidak diharapkan itu kalau bisa dilaporkan. Komitmen manajemen, itu setiap bulan harus ada pelaporan, tentang, tentang KTD itu...Kita bikin sistemnya, sistem alur pelaporannya, bahkan kita bikin sistem apa namanya... formulir pelaporannya itu ditaro di setiap ruangan. Petugas lapangan itu yang akan mengumpulkan nanti, kemudian akan merekap dan dilaporkan kepada KPRS. ...nah pada mm... manajemen B, yang biasa kita lakukan setiap hari jumat, nah itu masing-masing unit melaporkan, tidak khusus, tapi dari manajemen risiko akan melaporkan soal itu...Blaming itu sifatnya individual. Adalah beberapa, individu masalah ada seperti itu...Penyelesaiannya kita biasanya setiap SOD, hari rebo pagi atau jumat sore, manajemen D, itu kita sampaikan biasanya dari KPRS, di tahun 2010 sampai tahun 2011 pertengahanlah, itu masih menyampaikan kejadian ini, terus kemudian tindak lanjutnya dan usahakan tidak blame culture, karena kalau blame culture, ya otomatis pasti tidak akan dilaporkan. Terus kemudian kalau itu (pelaporan KTD) sudah ditindaklanjuti di tingkat unit yang terkecil, katakanlah di suatu ruangan dan kepala ruangan dengan ee.. ee.. apa dengan tim KPRS-nya sudah melakukan itu, sudah menindaklanjuti hasil KTD itu, kemudian dibuatlah upaya-upaya untuk pencegahan. Jangan sampai terjadi KTD itu.” (Informan 2A)

Demikian pula untuk sikap pembelajar yang harus ada di individu, maka di sisi lain pimpinan senior dapat menciptakan budaya pembelajar khususnya terkait KP, dalam memandang masalah-masalah KP dari perspektif yang berbeda dan dalam menangkap gagasan yang segar dan inovatif. Pimpinan yang bercirikan transformasional dapat memotivasi pegawai untuk mendiskusikan pengalaman mereka sebagai peluang pembelajaran dalam melihat suatu kesalahan (NHS Scotland, 2007). Orientasi belajar pegawai dapat berkembang dengan baik di dalam suatu organisasi yang memiliki komitmen yang kuat untuk belajar dan menempatkan nilai yang tinggi terhadap belajar, termasuk di dalamnya dari pihak manajemen senior RS.

Menurut survey yang dilakukan Singer et al.,(2009), tindakan tidak aman/*unsafe* yang jarang terjadi menggantikan tingkat produksi yang tinggi (Singer et al., 2009) harus dipahami oleh pimpinan di tingkat senior yang mempunyai komitmen pada KP sebagai *goal*/tujuan yang ingin dicapai RS. Hal

yang penting di sini adalah pimpinan senior menghargai sikap prioritas staf untuk bertindak pada sisi keselamatan pasien, di atas alasan produksi atau efisiensi,

6.5.3 Hubungan Kerjasama Tim (*Team*) dengan Kesadaran Individual (*Indiv*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan model struktural dapat dilihat adanya hubungan yang signifikan antara variabel kerjasama tim dengan variabel kesadaran individual dengan nilai-t= 14,30 (>1,96). Sebagaimana diuraikan di dalam tinjauan pustaka, akan selalu terjadi proses penyesuaian antara nilai-nilai individu yang menghasilkan mentalitas dasar dengan nilai-nilai kelompok (tim, bagian, departemen) yang menghasilkan kepaduan (Tjahjono, 2010). Nilai-nilai kelompok merupakan tahap yang paling awal berhubungan dengan nilai-nilai individu sebelum menyesuaikan dengan nilai-nilai organisasi. Nilai-nilai individu yang terkait dengan kesadaran individu dalam upaya mengembangkan iklim/budaya KP sangat bervariasi dan akan menyesuaikan dengan sub budaya kelompoknya di RS.

Sebagai contoh, untuk kelompok layanan keperawatan (proporsi terbesar SDM di RS), maka nilai-nilai kesadaran individu akan berubah juga sesuai dengan lapangan pelayanan keperawatan yang berubah. Seorang perawat harus selalu memperbaharui/update pengetahuan dan ketrampilannya (sikap pembelajar), kemampuan teknisnya, berpikir kritis dan ketrampilan hubungan interpersonalnya dalam membangun komunikasi yang baik di dalam tim. Selain itu memiliki keyakinan akan kompetensi rekan kerja dalam satu tim sebagai salah satu indikator adanya rasa saling percaya/trust dalam suatu tim. Demikian juga terkait dengan sikap pembelajar tersebut, melalui kerja tim, pegawai akan belajar menggunakan ketrampilan dan pengetahuan secara kolektif dalam menghadapi masalah yang baru dan berubah di lapangan. Kerjasama antar unit kerja yang ada di RS dalam setiap kesempatan diperlukan untuk berlangsungnya orientasi pembelajar dari setiap pegawai.

Selain itu, kepaduan/*cohesiveness* dari tim dibangun dari ketertarikan/kedekatan/kesamaan antar anggota dalam sikap, perilaku dan kinerja, serta motivasinya untuk tetap tinggal di kelompok tersebut (Keyton & Springston,

1995, dalam Robbins (2003); Gibson et al., 2006). Tingkat kepaduan di di dalam dan di antara unit di RSMA umumnya dinilai sudah baik oleh sebagian besar reponden, sehingga dalam suatu kelompok yang kohesif akan ditemukan rasa memiliki dan kepedulian moral anggota terhadap kelompoknya, serta terdapat kecenderungan anggotanya untuk menghasilkan kinerja kelompok yang efektif. Berdasarkan hal tersebut, jelas di sini peran individu dalam bentuk kesadaran individu (yang dinilai melalui 5 indikator) berperan dalam membentuk kohesifitas tim terkait dengan upaya membangun budaya KP di RS.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis yang dilakukan terhadap model pengukuran iklim keselamatan pasien di RS Muhammadiyah-'Aisyiyah (RSMA) tahun 2011, menghasilkan temuan sebagai berikut:

1. Model pengukuran Iklim Keselamatan Pasien untuk RSMA memiliki nilai psikometrik yang baik (valid, reliabel dan pemodelan fit), yang mencakup semua variabel laten (eksogen dan endogen) beserta indikatornya yang diteliti, yaitu:
 - a. Kepemimpinan Transformasional (di tingkat CEO/Direktur RS), mencakup indikator: Stimulasi Intelektual, Motivasi Inspirasional, Konsiderasi Individual, Idealisasi Pengaruh, dengan total 13 indikator.
 - b. Kerjasama Tim (di tingkat Unit Kerja RS), mencakup indikator: Komunikasi, *Trust*/Rasa saling percaya, *Cohesiveness*/Kepaduan, dengan total 7 indikator
 - c. Kesadaran Individual (di tingkat Individu di RS), mencakup indikator: Pengenalan Kompetensi Diri, Penilaian Risiko, Kepatuhan, Pembelajar, Prioritas Keselamatan, dengan total 10 indikator
 - d. Iklim Keselamatan Pasien (di tingkat organisasi/RS), mencakup indikator Komitmen Organisasi, Pemberdayaan Pegawai, Sistem Pelaporan, Sistem *Rewards*, Identitas Organisasi, dengan total 21 indikator
2. Variabel Kepemimpinan Transformasional memberikan pengaruh positif yang paling besar dalam membangun Iklim Keselamatan Pasien di RS (SLF=0.56) dibandingkan dengan Kesadaran Individual (SLF= 0.20) dan Kerjasama Tim (SLF=0.07).

3. Terdapat hubungan yang bermakna (nilai-t >1.96) antar variabel laten eksogen: Kepemimpinan Transformasional - Kesadaran Individu- Kerjasama Tim
4. Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien ini dapat digunakan untuk menggambarkan dan membandingkan kondisi setiap indikator dan variabel laten-nya di RSMA, sebagai *baseline* data untuk upaya perbaikan program keselamatan pasien di RSMA.

Implikasi Teori dan Rekomendasi Penelitian

Hasil penelitian memberikan implikasi teoritis sebagai berikut:

- Mendukung studi-studi sebelumnya untuk mengembangkan model pengukuran iklim KP yang sesuai dengan kondisi layanan kesehatan/RS yang akan diukur, sebagai langkah pertama upaya KP di RS.
- Mendukung hasil berbagai studi yang menyatakan pentingnya pengaruh kepemimpinan (transformasional) dari manajemen senior/CEO RS dalam membangun iklim/budaya KP di RS. Tetapi temuan penelitian memperlihatkan kecilnya pengaruh kerjasama tim dalam membangun iklim KP.
- Indikator dari konstruk variabel laten Kepemimpinan Transformasional, Kerjasama Tim, Kesadaran Individu dan iklim KP yang valid dan reliabel ini dapat digunakan sebagai referensi pengembangan model iklim KP di RS sejenis atau yang lainnya.
- Mendukung pengukuran iklim/budaya pada kelompok unit target yang lebih kecil atau area-area layanan kepada pasien yang lebih kecil dimana pengumpulan data dapat dilakukan lebih sungguh-sungguh dan terkendali, sehingga *response rate* dapat mendekati 70% dapat dicapai (Kho et al., 2005; Sexton et al., 2006; Zohar et al., 2007).

Untuk itu, *research gap* ini bisa dilanjutkan untuk penelitian lanjut.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, disarankan dalam membangun Budaya/Iklim Keselamatan RS sebaiknya:

- 1) Pimpinan, khususnya Manajer Senior/Direktur beserta Wakil Direktur RS dapat menerapkan model kepemimpinan transformasional secara optimal. Hal ini penting, karena model kepemimpinan ini sangat dominan bagi terciptanya iklim/budaya keselamatan pasien di RS. Terbukti dengan dukungan hasil penelitian ini dan hasil penelitian lainnya serta berbagai referensi yang ada. Penerapan model kepemimpinan dapat dilakukan melalui tahapan-tahapan, berupa evaluasi kembali kesesuaian model kepemimpinan transformasional yang dimiliki Direksi RSMA secara lebih rinci, mengidentifikasi karakteristik yang masih memerlukan perbaikan, serta melakukan pelatihan bagi pimpinan RS tentang kepemimpinan transformasional dari lembaga-lembaga manajemen yang profesional dan lembaga yang terkait dengan Keselamatan Pasien di RS, khususnya terkait dengan pengembangan iklim/budaya KP di RS.

Evaluasi terhadap karakteristik kepemimpinan transformasional dari para pimpinan senior dirasakan perlu, mengingat hampir sebagian besar responden menyatakan bahwa kondisi ciri-ciri kepemimpinan transformasional di RSMA masih di bawah nilai rerata totalnya. Model kepemimpinan ini sangat tepat untuk meningkatkan komitmen, meningkatkan target-target kinerja, menstimulasi kecerdasan karyawan serta membentuk perilaku adaptif lainnya yang dibutuhkan RSMA dalam menghadapi perubahan lingkungan RS yang relatif cepat, kompleks dan berisiko tinggi, khususnya agar upaya keselamatan pasien di RS nantinya terlaksana secara efektif.

- 2) Mengembangkan atau meningkatkan kondisi iklim/budaya keselamatan di RS, mencakup kondisi komitmen manajemen, pemberdayaan pegawai, sistem pelaporan, sistem rewards dan identitas organisasi yang sudah ada di RS terkait dengan keselamatan pasien di RS. Kondisi-kondisi tersebut dapat menggambarkan dengan baik kondisi budaya keselamatan pasien di RS, dan dari beberapa penelitian mempengaruhi keefektifan upaya-upaya keselamatan pasien, selain ada pula yang mengaitkan dengan *outcome* keselamatan pasien yang baik. Pengukuran budaya keselamatan pasien sebaiknya dilakukan secara rutin dan dapat dibandingkan antara RS yang ada di lingkungan Muhammadiyah-'Aisyiyah serta ditetapkan standard kondisi yang diinginkan,

sebagaimana yang telah dilakukan di berbagai negara. Sehingga kita mendapatkan informasi terhadap kondisi budaya keselamatan pasien di masing-masing RSMA, berikut analisis terhadap kekuatan dan kelemahannya dalam mencapai kinerja RS yang baik dalam keselamatan pasien. Implementasi nilai-nilai dalam identitas organisasi RSMA sebagai bagian dari amal usaha Muhammadiyah lebih dioptimalkan dalam meningkatkan komitmen seluruh staf RSMA terhadap upaya-upaya KP, diantaranya dengan mempertimbangkan sistem *Rewards* yang umumnya belum dilakukan terkait dengan upaya KP di RSMA.

- 3) Mengembangkan lebih baik lagi kondisi keefektifan tim-tim yang ada di RS. Dalam penelitian ini ditunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang kecil sekali dari kerja tim unit-unit yang ada di RS terhadap terbangunnya budaya keselamatan pasien di RS. Dalam berbagai studi dan referensi kerjasama tim di dalam unit maupun antar unit merupakan hal yang mendasar dalam pelayanan kesehatan. Untuk itu, perlu dilakukan evaluasi kembali terhadap konstruk pengukuran variabel kerjasama tim, selain komunikasi, trust/rasa saling percaya, serta kepaduan/cohesiveness dalam membangun budaya keselamatan pasien di RS.
- 4) Meningkatkan kesadaran individual dari pegawai RS terhadap KP. Hasil model keseluruhan menunjukkan pengaruh (positif) yang cukup baik kesadaran individual terhadap terciptanya budaya keselamatan pasien di RS. Untuk itu, perlu diidentifikasi dan ditingkatkan kondisi penilaian kompetensi diri, penilaian risiko, kepatuhan, pembelajar, serta prioritas keselamatan dari pegawai RS. Hal tersebut dapat dilakukan melalui pelatihan-pelatihan khusus bagi pegawai terkait dengan konsep-konsep tersebut, serta didukung oleh komitmen organisasi/RS dalam menciptakan budaya pembelajar dari setiap pegawai. Khusus untuk penilaian risiko yang lebih spesifik, pelatihan dapat diupayakan oleh Komite KP di RS sebagai bagian dari program kerja Komite tersebut.

Adapun untuk kepentingan penelitian yang terkait dengan pengukuran iklim/budaya keselamatan pasien di RS, disarankan untuk:

- 1) Mengembangkan penelitian yang sifatnya longitudinal, agar dapat mengamati secara cermat perkembangan faktor-faktor kepemimpinan transformasional, kerjasama tim serta kesadaran individual serta pengaruhnya terhadap iklim keselamatan pasien di RS dalam kurun waktu tertentu.
- 2) Dalam mengukur aspek kerjasama tim, dapat dikembangkan beberapa karakteristik lain dalam kerjasama tim seperti manajemen konflik atau yang lainnya dari referensi yang ada, sehingga didapatkan pengukuran yang lebih akurat dalam menggambarkan kondisi kerjasama tim yang efektif.
- 3) Dalam mengukur aspek kesadaran individual, dapat dikembangkan beberapa karakteristik lain dalam kesadaran individual; seperti beban kerja serta kondisi stress pegawai atau yang lainnya dari referensi yang ada, sehingga didapatkan pengukuran yang lebih teliti dan lengkap dalam menggambarkan kondisi kesadaran individual terkait keselamatan pasien di RS.
- 4) Untuk pemilihan sampel, ada baiknya juga dilakukan untuk sampel-sampel tertentu, seperti untuk perawat saja, atau untuk pegawai di unit-unit tertentu saja agar lebih spesifik menggambarkan budaya keselamatan pasien sesuai karakteristik sub budaya yang ada. Selain itu, dapat mengaitkannya dengan *outcome* keselamatan yang spesifik pula di unit-unit tersebut.
- 5) Selain wawancara mendalam yang dilakukan dengan Direktur RSMA, dapat pula dilakukan diskusi kelompok terarah atau observasi tentang iklim/budaya keselamatan pasien, agar dapat mengeksplorasi lebih dalam tentang kondisi iklim/budaya keselamatan pasien di RS.
- 6) Masih diperlukan penelitian yang lain yang terkait, misalnya pengaruh timbal balik antara masing-masing faktor, serta pengaruh berbagai aspek sistem organisasional yang berlaku di RS, khususnya RS Muhammadiyah 'Aisyiyah. Penulis menyarankan agar model yang dapat dikembangkan untuk penelitian yang akan datang melibatkan variabel yang telah diteliti di penelitian ini dan terbukti memiliki pengaruh (positif) yang signifikan

terhadap budaya keselamatan pasien di RS. Di samping melakukan penelitian lanjut untuk mendapatkan model/ konstruk Iklim KP dan proses pengukurannya yang lebih tepat/terbaikberdasarkan teori (*theory-driven*) untuk melihat hubungan masing-masing variabel yang diteliti tidak hanya untuk lingkungan RS Muhammadiyah'Aisyiyah, tetapi juga untuk kelompok RS-RS lainnya yang ada di Indonesia.

- 7) Melakukan pengembangan instrumen pengukuran iklim KP dan diimplementasikan secara *online* atau menggunakan sarana IT lainnya bekerjasama dengan institusi pendidikan tinggi di lingkungan Muhammadiyah.
- 8) Kepada Pemerintah cq Kemenkes RI
 - a. Kemenkes RI dapat lebih aktif mensosialisasikan Pedoman KP RS yang sudah ada, khususnya di kalangan RS-RS swasta yang tersebar di seluruh Indonesia.
 - b. Kemenkes RI dapat memiliki data-data atau informasi aktual tentang isu-isu seputar KP, khususnya di RS yang ada di Indonesia dan dapat dengan mudah diakses secara *online*.
 - c. Kemenkes RI menetapkan standarisasi evaluasi KP secara menyeluruh untuk seluruh RS Pemerintah maupun Swasta.

DAFTAR PUSTAKA

- Apsden, P., Corrigan, J.M., Wolcott, J., & Erickson S.M. (2004). *Achieving a new standard for care*. Washington, DC: National Academies Press.
- Bachrudin, Achmad., & Tobing, Harapan, L. (2003). *Analisis Data untuk Penelitian Survei dengan Menggunakan LISREL 8*. Bandung: Jurusan Statistika FMIPA – UNPAD.
- Berenholtz, S.M., Pronovost, P.J. (2007). Monitoring Patient Safety. *USA: Critical Care Clinics*.23: 659-673.
- Bernstsen, K.J. (2004). *The Patient's guide to preventing medical errors*. USA: Praegers Publishers.
- Blegen, Mary A., Pepper, Ginette A., Rosse, Joseph. (2004). Safety Climate on Hospital Units: A New Measure. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation. National Library of Medicine (NLM). Volume 4*.
- Bognar, A., Barach, P., Johnson, J.K., Duncan, R.C., Birnbach, D., Woods, D., Holl, J.L., & Bacha, E.A.(2008). Errors and the Burden of Errors: Attitudes, Perception, and the Culture of Safety in Pediatric Cardiac Surgical Teams. Boston, MA. *Journal of the Society of Thoracic Surgeons and the Southern Thoracic Surgical Association*, 85: 1374-1381.
- Budrevics, G., & O'Neill, C. (2005). Changing a Culture with Patient Safety Walkarounds. *Healthcare Quarterly*. Vol. 8, Special Issue: 20-25.
- Byers, J.F., & White, S.V.(2004). *Patient safety, principles and practice*. USA: Springer Publishing Company, Inc.
- Castle, N.G. (2006). Nurse's aide's ratings of the resident safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 18, Number 5, 370-376.
- Choudhry, R.M., Fang D., & Sherif, M. (2006). The Nature of Safety Culture : A survey of the state-of-the-art. *Safety Science*, 45, 993-1012.
- Colla, J.B., Bracken, A.C., Kinney, L.M., & Weeks WB. (2005). Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Safe Health Care*, 14, 364-366.

- Connelly, L.M., & Powers, J.L. (2004). *Online patient safety climate survey: tool development and lessons learned*. National Library of Medicine.
- Cooper, J.B., Blum, R.H., Carrol, J.S., Dershwitz, M., Feinstein, D.M., Gaba, D.M., Morey, J.C., & Singla, A.K.(2008). Differences in safety climate among hospital anesthesia departments and the effect of a realistic simulation-based training program. *International Anesthesia Research Society*: 574- 584.
- Cooper M. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, 111-136.
- Currie, & Lynne. (2007, December). *Assessing safety climate supports targeted quality improvement interventions*. Paper presented at NICE conference.
- Elstak, Mirdita N. (2005). Organizational Identity Change: An Alliance Between Organizational Identity and Identification. *Academy of Management Best Conference Best Paper*.
- Ferdinand, Augusty. (2000). *Structural Equation Modelling dalam Penelitian Manajemen*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Flemming, Mark. (2005). Patient safety culture measurement: a “how to” guide. *Healthcare Quarterly Vol 8*, special issue: 14-19.
- Flemons, W.W., Eagle, C.J., Davis, J.C. (2005). Developing a comprehensive patient safety strategy for an integrated Canadian healthcare region. *Healthcare Quarterly*. Vol.8, Special Issue: 122-127.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in health care: A case of accurate diagnosis. *International Journal for Quality in Health Care*
- Flin, R. (2009). Developing a safety culture in healthcare.
- Frush, Karen S. (2008). Fundamentals of a Patient Safety Program. *Pediatric Radiology (2008) 38 (Suppl4)*: S685-689.
- Fukuda, H., Imanaka, Y., Hirose, M., Hayashida, K. (2009). Factors associated with system-level activities for patient safety and infection Control. USA: *International Journal for Quality in Health Care*.
- Fukuda, H., Imanaka, Y., Hirose, M., Hayashida, K. (2008). Economic evaluations of maintaining patient safety system in teaching hospital. USA: *International Journal for Quality in Health Care*.

- Gershon, R.R.M., Karkashian, C.D., Grosch, J.W., Murphy, L.R., Cejudo, A.E., Falanagan, P.A., Bernacki, E., Katsing, C., & Martin, L. (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *Journal of Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology Inc.*
- Ghozali, Imam & Fuad. (2008). *Structural Equation Modelling*. Teori, Konsep dan Aplikasi. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnelly Jr, J.H., & Konopaske, R. (2006). *Organizations, behavior, structure and processes*. Boston: McGraw-Hill.
- Ginsburg, L.R., Tregunno, D. (2007). Perceptions of patient safety culture in six Canadian healthcare organizations, final report prepared from a grant from Canadian Patient Safety Institute (CPSI). *Patient Safety Culture Research at York University*.
- Government of Ireland. (2008). *Building a culture of Patient Safety*. Report of the Commission and patient safety and quality assurance. Dublin: The Stationery Office.
- Guldenmund, F.W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34, 215-257. Elsevier Science Ltd.
- Hafizurrachman, H.M., *Manajemen Pendidikan dan Kesehatan*. (2009). Jakarta. CV Sagung Seto.
- Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, & Black WC. (2006). *Multivariate Data Analysis*. Sixth Edition. USA. Pearson-Prentice Hall.
- Hallowell D.L, (2000). Effective use of special purpose KJ Language Processing. *Six Sigma Magazine*.
- Handler, S.M., Castle, N.G., Studenski, S.A., Perera, S., Fridsima, D.B., Nace, D.A., & Hanlon, J.T. (2006). Patient safety culture assessment in the nursing home. *Journal of Quality Safety Health Care*, 15, 400-404.
- Hartmann, C.W., Rosen, A.K., Meterko, M., Shokeen, P., Zhao, S., Singer, S., Gaba, D.M., & Falwell, A. (2008). Overview of patient climate in the VA. *Health Services Research*, Vol. 43, Issue 4:1263-1284.

- Hellings J., Schrooten W., Klazinga N., & Vleugels A., (2007), Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 7, 620-632
- Heni, Yusri. (2011). *Improving Our Safety Culture*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Ho, R. (2006). *Handbook of univariate and multivariate data analysis and interpretation with SPSS*. USA: Chapman & Hall/CRC.
- Hofstede, Geert & Hofstede, Gert Jan. (2005). *Cultures and Organizations. Software of mind*. USA. McGraw-Hill.
- Hsu, S.H., Lee, C-C., Wu, M-C., & Takano, K.(2006). *Exploring cross-cultural differences in safety climate of oil refinery plants in Japan and Taiwan*.
- Hughes, C.M., & Lapane, K.L. (2006). Nurses and nursing assistant's perceptions of patient safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 18, Number 4, 281-286.
- Ilan, R., & Fowler, R.(2005). Brief story of patient safety and science. USA: *International Journal for Quality in Health Care*.
- Inoue, Takayasu & Karima, Yosuke. (2009). Organizational safety climate differently affects on patient safety behavior of nurses according to the hospital scale in Japanese private hospital.
- Joint Commission International (JCI). *Patient safety, essentials for health care*. (International Edition). (2006). USA.
- Kasali, Rhenald. (2005). *Change!*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Kho, M.E., Carbone, J.M., Lucas, J., & Cook, D.J. (2005). Safety climate survey: Reliability of results from a multicenter ICU survey. *Journal of Quality Safety Health Care*, 14, 273-278.
- Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A., & Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: Developing a theoretical framework for practical use. *Journal of Quality Safety Health Care*, 16, 313-320.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Great Britain: TJ Press (Padstow) Ltd.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practices of structural equation modeling, second edition*. New York. The Guilford Press.

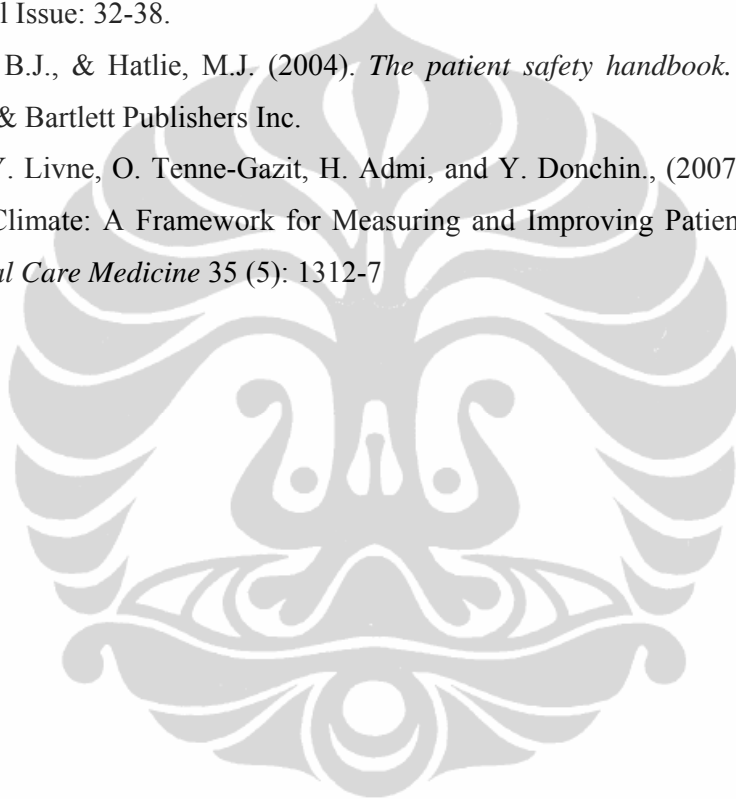
- Komite Keselamatan Rumah Sakit (KKP-RS) PERSI. (2007). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Jakarta.
- Latino, Robert, J. (2009). *The PROACT, Root Cause Analyse Approach*. Virginia. CRC Press.
- Lumenta, N.A. (2006, July). Perkembangan Tujuh Program Gerakan Moral Nasional Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Paper presented at Seminar Forum Mutu Pelayanan Kesehatan-Implementasi Patient Safety di Indonesia, Bali.
- Majelis Kesehatan dan Masyarakat PP Muhammadiyah. (2005). *Profil dan Direktori Rumah Sakit Muhammadiyah 'Aisyiyah 2005*. Jakarta: Penerbit SERAT & WIFA Komunika.
- Maramis, W.F. (2006). *Ilmu Perilaku dalam Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Marshall, Martin N., Mannion R, Nelson E, Davies H. (2003). Managing change in the Culture of General Practice: Qualitative Case Studies in Primary Care Trusts. *BMJ* 2003;327;599-602.
- Martin, J. (2001). Bloom's learning domains. In B. Hoffman (Ed.), *Encyclopedia of Educational Technology*.
- Matsubara, S., Hagihara, A., & Nobutomo, K. (2008). Development of a patient climate scale in Japan. *International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 20, Number 3: 211-220.
- Maxwell, John C. (2002). *The 17 Essentials Qualities of a Team Player*. USA. Maxwell Motivation, Inc. a Georgia Corporation.
- Mc. Fadden, K.L., Henagan, S.C., & Gowen, C.R. (2009). The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, outcomes. *Journal of Operation Management*: 1-15.
- Miller, R.H., Bovbjerg, R. R. (2002). Efforts to improve patient safety in large, capitated medical groups: description and Conceptual model. *Journal of Health Politic, Policy and Law*. Vol 27, No.: 401-440.
- Milligan, F.J. (2006). Establishing a culture for patient safety- the role of education. USA: Elsevier Inc.

- Moeljono, Dj. & Sudjatmiko, S. (2002), Corporate Culture. Challenge to Excellence. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Moeljono, Dj. (2005). *Cutured, budaya organisasi dalam tantangan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Naveh, E., Katz-Navon, T., & Stern, Z. (2005). Treatment errors in healthcare: A safety climate approach. *Journal of Management Science*, Vol 51, Number 6, 948-960.
- Neal, A. & Griffin, M.A.(2002). Safety climate and safety behaviour. *Australian Journal of Management*.
- Neutens, J.J., & Rubinson, L. (1997). *Research Techniques for the Health Sciences* (2nd Edition). USA.
- Nieva, V.F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Saf Healthcare*; 12(Suppl II): ii17-ii23.
- Oliver, David., & Roos, Johan. (2003). Studying Organization Identity Empirically: A Review. *Working Paper 31*. Lausanne.-Switzerland. Imagination Lab.
- Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*.(2006). Depkes RI.
- Pfeiffer, Y., Manser, T., & Van Vegten, A. (2007). *Dimensionality and validation of the hospital survey on patient safety culture questionnaire for a Swiss sample*.
- Pronovost, P.J., & Sexton, B. (2005). *Assesing safety culture: Guidelines and recommendations*. USA: BMJ Publishing Group Ltd.
- Pronovost, P.J., Weast, B., Holzmueller, C.G., Rosenstein, B.J., Kidwell, R.P., Haller, K.B., Feroli, E.R., Sexton, J.B., & Rubin, H.R. (2003). Evaluation of the culture of safety: Survey of clinician and managers in an academic medical center. *Journal of Quality Safety Health Care*, 12, 405-410.
- Puusa, Anu., & Tolvanen, Ulla., 2006. Organizational Identity and Trust. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*, Vol 11, No 2, 29-33.

- Qodriani, R.L. (2007). *Analisa budaya organisasi di RS Islam Cempaka Putih Jakarta menurut teori Cameron dan Quinn*. Tesis, Universitas Gajah Mada Yogyakarta.
- Raleigh, V.S., Cooper, J., Bremner, S.A., & Scobie, S. (2008). Patient safety indicators for England from hospital administrative data: Case-Control analysis and comparison with US data. USA: BMJ, 337, a1702.
- Ramanujam, R., Abrahamson, K., & Anderson, J.G. (2007). *Influences on nurse perception of hospital unit safety climate: an HLM approach*. USA: RCHE Publications.
- Robbins, S.P. (2003). *Organizational Behavior* (10th Edition). USA: Prentice Hall.
- Rozovsky, F.A., Woods, Jr. (2005). *The Handbook of Patient Safety Compliance, a Practical Guide for Health Care Organization*. USA: Jossey-Bass.
- Sabarguna, Boy, S., (2005). *Manajemen Kinerja Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta. Penerbit Sagung Seto.
- Sandars, J., Cook, G. (2007). *ABC of patient safety*. UK: Blackwell Publishing Inc.
- Savage, Grant, T. & Ford, Eric, W. (2008). *Patient Safety and Healthcare Management. Volume 7*. UK: Emerald Group Publishing Limited.
- Setiawati, N.L. (2002). *Analisis budaya organisasi dan pengembangannya di RSU PKU Muhammadiyah Surakarta menurut teori Cameron dan Quinn (studi kasus)*. Tesis, Universitas Gajah Mada Yogyakarta.
- Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilands, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P.R., & Thomas, E.J. (2000). The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *Journal of BMC Health Service Research. PubMed*.
- Shi, L. (1997). *Health services research methods*. USA: Delmar Publishers Inc.
- S.-H. Lin, W.-J. Tang, J.-Y. Miao, Z.-M. Wang, P.-X. Wang. (2008). Safety climate at workplace in China: a validity and reliability assessment. *Safety Science*, 46: 1037-1046.
- Singer, S.J., Gaba, D.M., Geppert, J.J., Sinaiko, A.D., Howard, S.K., & Park, K.C. (2003). The culture of safety: result of an organization-wide survey in 15 California Hospital. *Journal of Quality Safety Health Care*, 12, 112-118.

- Singer, S.J., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., & Baker, L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Research and Educational Trust*. 44:2: 399-421.
- Singer, Sara J., Dunham, Kelly M., Bowen, Jennie D., Geppert, Jeffery J., Gaba, David M., McDonald, Kathryn M., Baker, Laurence C. (2003). Lessons in Safety Climate and Safety Practices from California Hospital Concorcium. *Advances in Patient Safey, from Research to Implementation*. USA: National Library of Medicine. Volume 3. Implementation Issues.
- Singer, S. J., & Tucker A.L., (2005). Creating a Culture of Safety in Hospital.
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital survey on patient safety culture*. USA: AHRQ Publication.
- Stock, G.N., Mc Fadden, K.L., & Gowen, C.R. (2007). Organizational culture, critical success factors, and the reduction of hospital errors. *Int. J. Production Economics*. 106: 368-392.
- Stott, Kenneth., & Walker, Allan. (1995). *Teams, Teamwork & Team Building*. Singapore. Prentice Hall.
- Suryani, Tatik. (2002). *Pengaruh gaya kepemimpinan, struktur organisasi, system reward, strategi bisnis serta orientasi belajar terhadap orientasi pasar dan kinerja bisnis perusahaan surat kabar di pulau Jawa*. Disertasi. Program Pascasarjana Unair. Surabaya.
- Susanto, A.B., Sujanto, F.X., Wijarnako, H., Susanto, P., Mertosono, S., & Ismangil, W. (2008). *corporate culture & organization culture. A strategic management approach*. Jakarta: Divisi Penerbitan The Jakarta Khnsulting Group.
- The Regents of the University of Michigan. (2002). *Safety Culture*.
- Tjahjono, Herry. (2010). *Culture Based Leadership*. Jakarta. Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama.
- Wiegmann, D.A., Zhang, H., Von Thaden, T., Sharma, G., & Mitchell, A. (2002, June). A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research. *Technical Report ARL-02-3/FAA-0202*. FAA. Atlantic City International Airport, NJ.

- Wiyanto, Setyo Hari. (2008). *Structural Equation Modeling dengan LISREL 8.8*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Yahya, A.A. (2006, July). Program PERSI dalam gerakan nasional keselamatan di rumah sakit. Paper presented at Seminar Forum Mutu Pelayanan Kesehatan-Implementasi Patient Safety di Indonesia, Bali.
- Yassi, A., & Hancock, T. (2005). Building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being. *Healthcare Quarterly*. Vol.8, Special Issue: 32-38.
- Youngberg, B.J., & Hatlie, M.J. (2004). *The patient safety handbook*. Canada: Jones & Bartlett Publishers Inc.
- Zohar, D., Y. Livne, O. Tenne-Gazit, H. Admi, and Y. Donchin., (2007). Health Care Climate: A Framework for Measuring and Improving Patient Safety. *Critical Care Medicine* 35 (5): 1312-7



LAMPIRAN 1. SURAT IZIN PENELITIAN









**LAMPIRAN 2. KUESIONER "BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT"**































LAMPIRAN 3. DATA RESPONDEN



























LAMPIRAN 4. DESKRIPSI HASIL “CLEANING DATA”























LAMPIRAN 5. HASIL-INPUT DATA





































LAMPIRAN 6: HASIL PERHITUNGAN CR (CONSTRUCT RELIABILITY) DAN VE (VARIANCE EXTRRACTED)









**LAMPIRAN 7: HASIL OUTPUT LISREL VARIABEL EKSOGEN: LEAD-
TEAM-INDIV**











































**LAMPIRAN 8: HASIL OUTPUT LISREL VARIABEL ENDOGEN
IKLIM KESELAMATAN PASIEN (CULTURE)**































**LAMPIRAN 9: HASIL OUTPUT LISREL MODEL
IKLIM KESELAMATAN PASIEN**



**LAMPIRAN 10: PANDUAN DAN HASIL WAWANCARA
MENDALAM DENGAN DIREKSI RSMA**





































































































