

## MODEL PENGUKURAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RS MUHAMMADIYAH-‘AISYIYAH TAHUN 2011

Emma Rachmawati  
Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Prof. DR. Hamka

### ABSTRAK

Berbagai hasil studi merekomendasikan untuk memperbaiki upaya keselamatan pasien dengan memperhatikan isu-isu budaya/iklim keselamatan pasien di langkah awal. Survey untuk mengukur iklim keselamatan di RS kemudian berkembang dan digunakan secara rutin dan berperan dalam memprediksi perhatian RS terhadap keselamatan pasien. Studi ini bertujuan untuk membuat model pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah (RSMA) dengan nilai psikometrik yang baik. Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien didistribusikan ke seluruh pegawai di 5 RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah, kecuali Direksi RS, di beberapa provinsi di P Jawa, yang dilakukan selama bulan Januari-Juni 2011. Tingkat respon mencapai 1198 (79.8%) dan kuesioner yang bersih (*no-missing data*) adalah 936 (62.40%). Disain studi ini adalah *cross sectional*. Analisis model pengukuran dengan *Confirmatory Factor Analysis (CFA)* dan *Structural Equation Model (SEM) 2<sup>nd</sup> level*. Melalui CFA diperoleh 4 faktoryang saling berhubungan secara bermakna untuk model pengukuran iklim keselamatan pasien, yaitu Kepemimpinan Transformasional (di tingkat direksi RS dengan 4 indikator), Kesadaran Individual (di tingkat Individu dengan 5 indikator), Kerjasama Tim (di Tingkat Unit Kerja dengan 3 indikatora): serta Budaya Keselamatan Pasien (di Tingkat Organisasi/RS dengan indikator. Nilai validitas setiap indikator baik (pada  $\alpha=0.05$ :  $t>1,96$  dan  $SLF>0,70$ ) dan reliabilitas yang juga baik ( $CR=0.90>0.70$ , dan  $VE>0.50$ ), serta *Goodness of Fit (GoF)* yang baik: nilai  $RMSEA=0.047<0.08$  (*close fit*). Dengan model ini dapat ditunjukkan variasi Kondisi Budaya Keselamatan Pasien di ke-lima RSMA. Kepemimpinan Transformasional paling berpengaruh positif langsung terhadap budaya keselamatan pasien dibanding kerjasama tim dan kesadaran individual. Semua variabel berhubungan secara bermakna secara statistik. Instrumen pengukuran budaya keselamatan pasien di RSMA mempunyai karakteristik psikometrik yang baik dan dapat mengukur serta membandingkan kondisi budaya keselamatan pasien RSMA. Model ini dapat mendeteksi awal perhatian di setiap tingkatan yang ada di RS terhadap keselamatan pasien sehingga dapat dikembangkan menjadi rencana intervensi yang lebih komprehensif untuk memperbaiki budaya keselamatan pasien.

**Kata kunci:** Keselamatan pasien, budaya keselamatan pasien, model pengukuran, kepemimpinan transformasional, kerjasama tim, kesadaran individual

### PENDAHULUAN

Keselamatan Pasien/KP (*Patient Safety*) merupakan isu global dan nasional bagi rumah sakit, komponen penting dari mutu layanan kesehatan, prinsip dasar dari

pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu WHO (2004). Dalam lingkup nasional, sejak bulan Agustus 2005, Menteri Kesehatan RI telah mencanangkan Gerakan Nasional Keselamatan Pasien (GNKP) Rumah Sakit (RS), 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 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). Data KTD di Indonesia sendiri masih sulit diperoleh secara lengkap dan akurat, tetapi dapat diasumsikan tidaklah kecil (KKP-RS, 2006).

Terkait dengan upaya-upaya KP untuk menekan angka KTD di RS, 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." Selain itu, 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 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).

Di lingkup organisasi layanan kesehatan, penelitian tentang budaya 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). Survey budaya/iklim keselamatan sudah menjadi pendekatan yang umum untuk memonitoring KP, dan berbagai jenis instrumen pengukurannya terus mengalami pengembangan (Matsubara et al., 2008).

Budaya 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), yaitu *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. Penelitian lainnya oleh Matsubara et al., tahun 2005, dengan *setting* Jepang dan validitas dan reliabilitas yang tinggi; di Swiss (oleh Pfeiffer et al., 2008) menjadi 10 dimensi; di Belanda menjadi 11 dimensi (Smits et al., 2008).

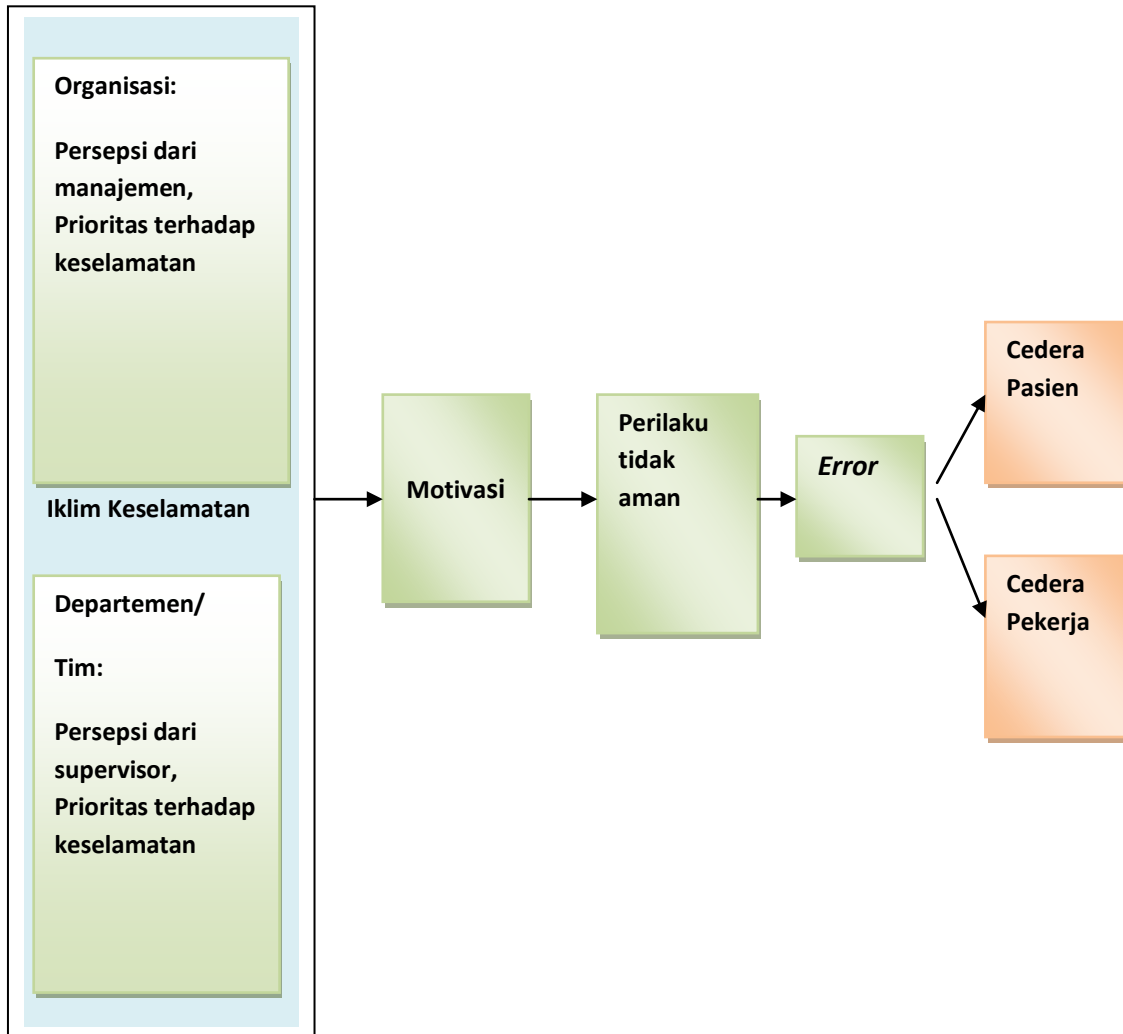
Di Indonesia sendiri kemungkinan ada RS yang sudah melakukan pengukuran budaya KP, tetapi sejauh ini belum diketahui bagaimana hasil analisisnya. Untuk itu, seiring dengan penggunaan model pengukuran budaya keselamatan pasien yang makin meningkat di lingkup internasional dan berkembang pula di Indonesia, maka dapat dimungkinkan pula mengembangkan model pengukuran budaya keselamatan pasien yang sesuai atau cocok dengan *setting* RS di Indonesia dan mempunyai nilai validitas dan reliabilitas yang baik. Hal ini menjadi sangat penting sebagai informasi mendasar bagi efektifitas strategi upaya-upaya keselamatan pasien yang akan dilakukan RS di Indonesia, sehingga dapat dipertimbangkan sebagai alternatif indikator kinerja keselamatan (Guldenmund, 2000).

Pengukuran budaya atau iklim KP di RS di Indonesia kiranya menjadi penting pula bagi RS yang dimiliki oleh Persyarikatan Muhammadiyah yang tersebar di seluruh

Indonesia, sebagai mitra swasta yang ikut memperkuat masyarakat dan membantu pemerintah dalam bidang kesehatan. Berdasarkan pembicaraan informal dirasakan masih sedikit sekali peningkatan inisiatif manajemen RS milik Muhammadiyah-'Aisyiyah ini yang merespon hal tersebut. Misalnya saja, masih banyaknya staf RS Muhammadiyah-'Aisyiyah yang belum mengikuti pelatihan tentang KP-RS, padahal pemahaman organisasi tentang pengetahuan dan ketrampilan, khususnya keselamatan pasien adalah hal yang mendasar untuk praktik layanan kesehatan yang aman (Aspden, et al., 2004). Upaya penerapan KP di beberapa RS Muhammadiyah-'Aisyiyah yang juga masih dirasakan kurang berjalan dengan baik, dan lebih banyak tergantung pada komitmen pimpinan. 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 budaya KP yang ada sekarang. Membangun budaya KP ini menjadi tanggung jawab semua unsur di RS tersebut untuk menempatkan KP sebagai prioritas pertama.

## **MODEL KONSEPTUAL**

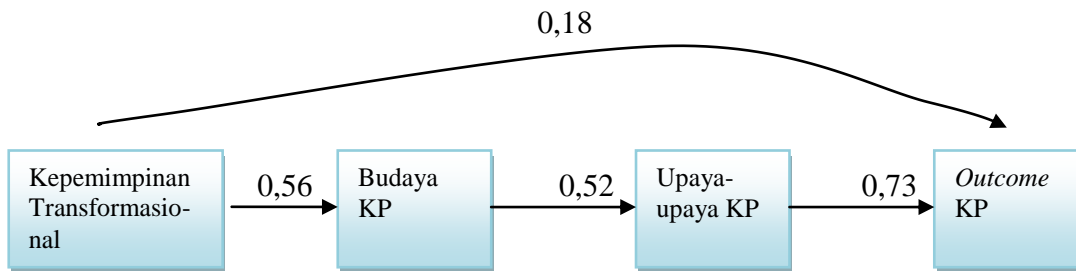
Beberapa riset dan teori yang membangun model konseptual penelitian ini adalah: Pengukuran budaya KP, dapat diukur melalui pengukuran elemen kedua dari model budaya organisasi (Schein, 1999), yaitu *espoused values* (nilai-nilai pendukung), yang mencakup kepercayaan, nilai-nilai, persepsi dan sikap/*attitude* 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*. Selanjutnya, 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 1.** Model Iklim Keselamatan dan *Outcome* Kecelakaan  
 Sumber: Flin, 2007

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

Faktor yang penting dalam membangun budaya keselamatan pasien ditunjukkan oleh model *path analysis* yang menghubungkan antara Kepemimpinan Transformasional, Budaya KP, inisiatif/upaya KP dan *outcome* KP dari Mc Fadden et al. (2009):

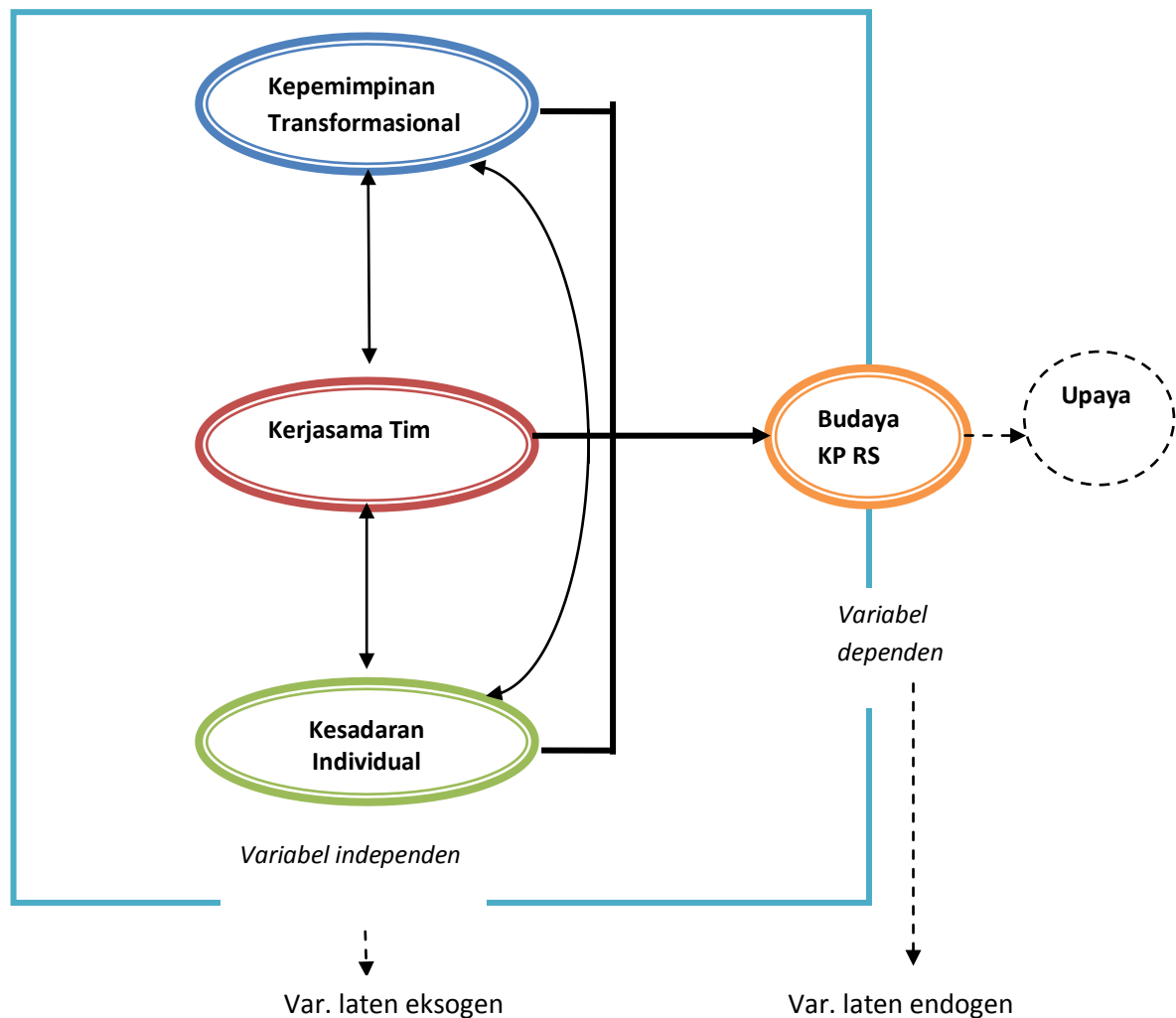


**Gambar 2** Model *Path Analysis* Kepemimpinan Transformasional, Budaya KP, Upaya KP, dan *Outcome* KP (Sumber: Mc Fadden, et.al,2009)

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, misalnya:

- 1) keterbukaan komunikasi,
- 2) umpan balik dan komunikasi tentang *error*,
- 3) frekuensi pelaporan kejadian,
- 4) *Handovers*(Penyerahan) dan transisi,
- 5) dukungan manajemen terhadap KP,
- 6) respons *non-punitive* (tidak menghukum) terhadap *error*,
- 7) pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan,
- 8) keseluruhan persepsi tentang keselamatan,
- 9) *Staffing*, ekspektasi supervisor/manajer tindakan promosi keselamatan, kerjasama antar unit,
- 10) kerjasama dalam unit,
- 11) Prioritas keselamatan,
- 12) beban kerja yang aman.

Dari kerangka teori tersebut, diperoleh suatu kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



**Gambar 3** Kerangka Konsep Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien (KP) RS Muhammadiyah-’Aisyiyah

## HIPOTESIS

Selain mendapatkan model pengukuran budaya keselamatan pasien yang mempunyai nilai psikometrik yang baik, maka studi ini membuktikan beberapa hipotesis, yaitu:

1. Variabel Kepemimpinan Transformasional berpengaruh (positif) secara signifikan terhadap Budaya KP RS
2. Variabel Kerjasama Tim berpengaruh (positif) secara signifikan terhadap Budaya KP RS
3. Variabel Kesadaran Individual berpengaruh (positif) secara signifikan terhadap Budaya 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

## **METODE**

Survey dengan disain *cross sectional*. Penentuan kandidat konstruk model diperoleh melalui diskusi dengan pakar terkait dan berdasarkan referensi yang ada. Adapun analisis psikometrik dilakukan dengan CFA (*Confirmatory Factor Analysis*) dan *2nd order* SEM menggunakan perangkat lunak LISREL versi 8.50. Populasi adalah seluruh karyawan RS Muhammadiyah-’Aisyiyah (RSMA), kecuali Direksi dan Wakil Direksi RS, dengan total 3144 yang berasal dari 5 RSMA di P Jawa, yang mewakili 5 provinsi, yaitu RS Islam Cempaka Putih DKI Jakarta, RS Muhammadiyah Bandung, RS Roemani Semarang, RS PKU Yogyakarta dan RS Aisyiyah Ponorogo Jawa Timur.

Sampel penelitian ini adalah 1500 karyawan yang dilakukan secara proporsional, dengan pertimbangan dapat mewakili unit-unit yang ada di RS tersebut dan memenuhi standard SEM (*Structural Equation Model*). *Respons rate* diperoleh sebesar 1198 (79,87%), dengan *non missing* data sebesar 936 (62,40%), dengan rincian sebagai berikut:

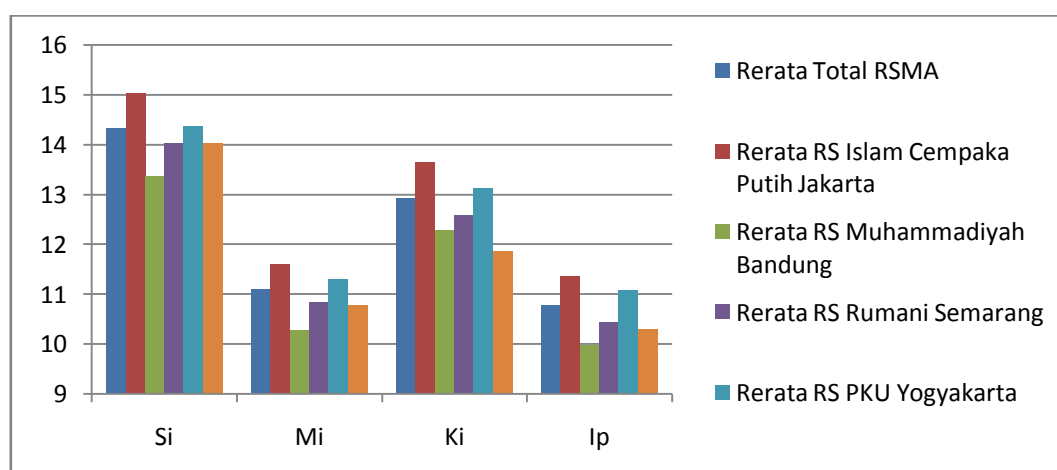


**Tabel 1** Distribusi Jumlah Kuesioner yang Terkumpul

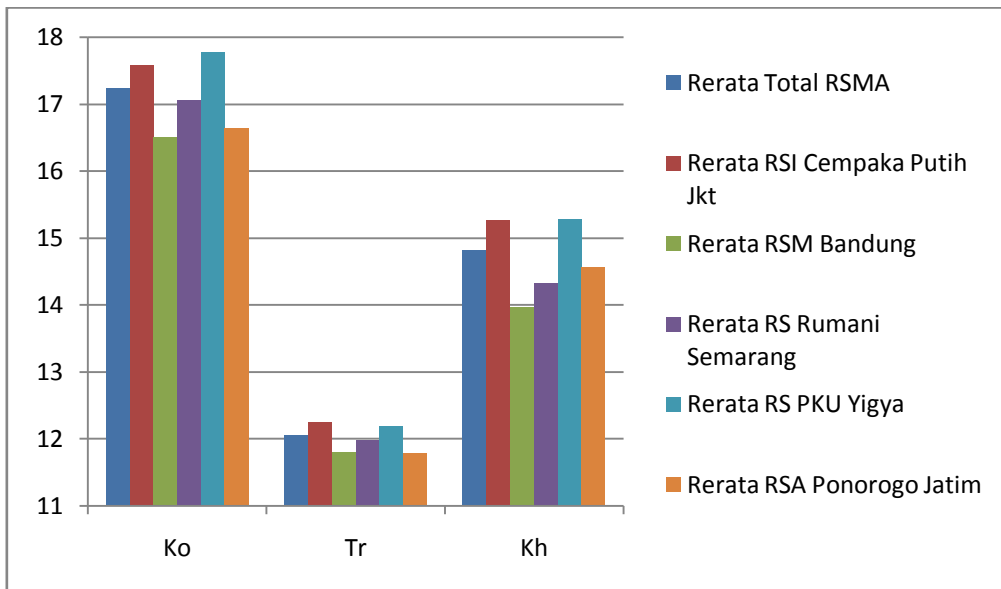
Nama RS	Jumlah Sampel (proporsional)	Jumlah kuesioner yang terkumpul		Jumlah kuesioner yang bersih (tidak ada <i>missing</i> <i>data</i> )	
		Jml	%	Jml	%
RSI CEMPAKA PUTIH JKT	657	444	67.58	335	50.99
RSM BANDUNG	243	224	92.18	170	69.96
RS ROEMANI SMRG	218	167	76.61	129	59.17
RSM PKU YOGYA	248	234	94.35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

## HASIL

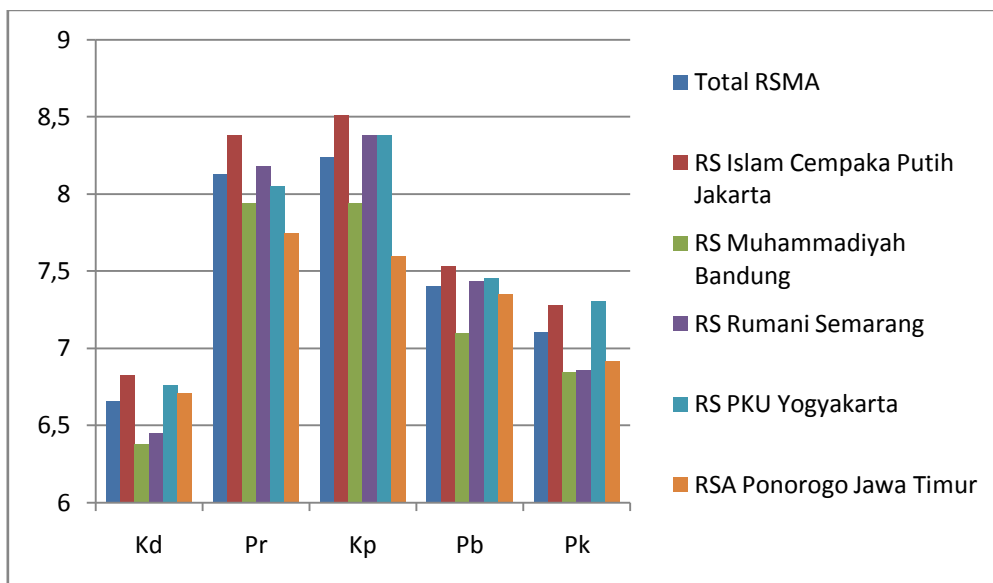
Dari 936 data responden yang bersih, diperoleh informasi bahwa sebagian besar responden adalah berjenis kelamin perempuan (67%), perawat (49%), status tetap (87%)-; kontak langsung dengan pasien (74%), serta bekerja di RS lebih dari 1 tahun baik di unit masing-masing (88%) maupun RS (96%), pernah mengikuti pelatihan/seminar tentang keselamatan pasien (51%). Selanjutnya, diperoleh informasi tentang perbandingan rerata indikator pada masing-masing variabel penelitian di ke-lima RS yang menjadi sampel penelitian ini sbb:



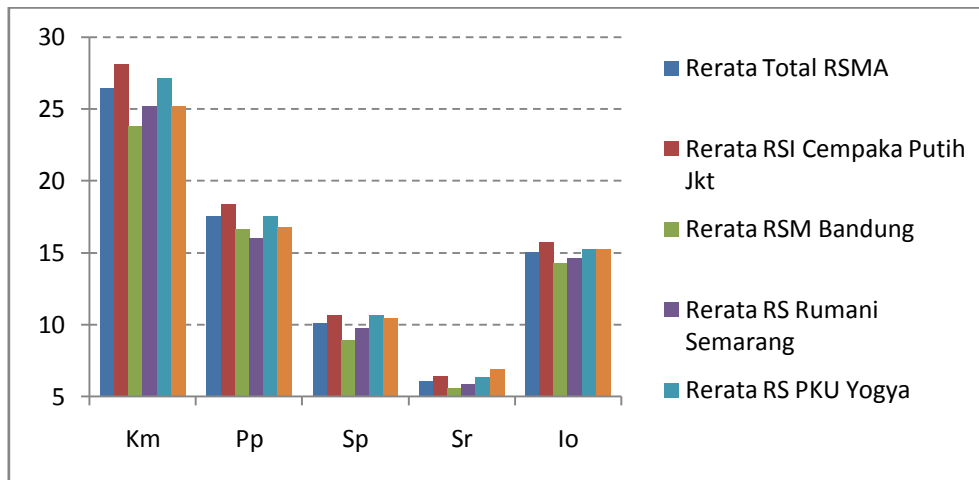
**Gambar 4a.** Distribusi Rerata Indikator Kepemimpinan Transformasional (Si: Stimulasi Intelektual, Mi: Motivasi Inspirasional, Ki: Konsiderasi Individual, Ip: Idealisasi Pengaruh)



**Gambar 4b.** Distribusi Rerata Indikator dari Variabel Kerjasama Team (*Team*) (Ko: Komunikasi, Tr: Trust/Rasa Saling Percaya, Kh: Kepaduan/Cohesiveness)



**Gambar 4c.** Distribusi Rerata Indikator Kesadaran Individual (Kd: Kompetensi Diri, Pr: Pengenalan Risiko, Kp: Kepatuhan, Pb: Pembelajar, Pk: Prioritas Keselamatan)



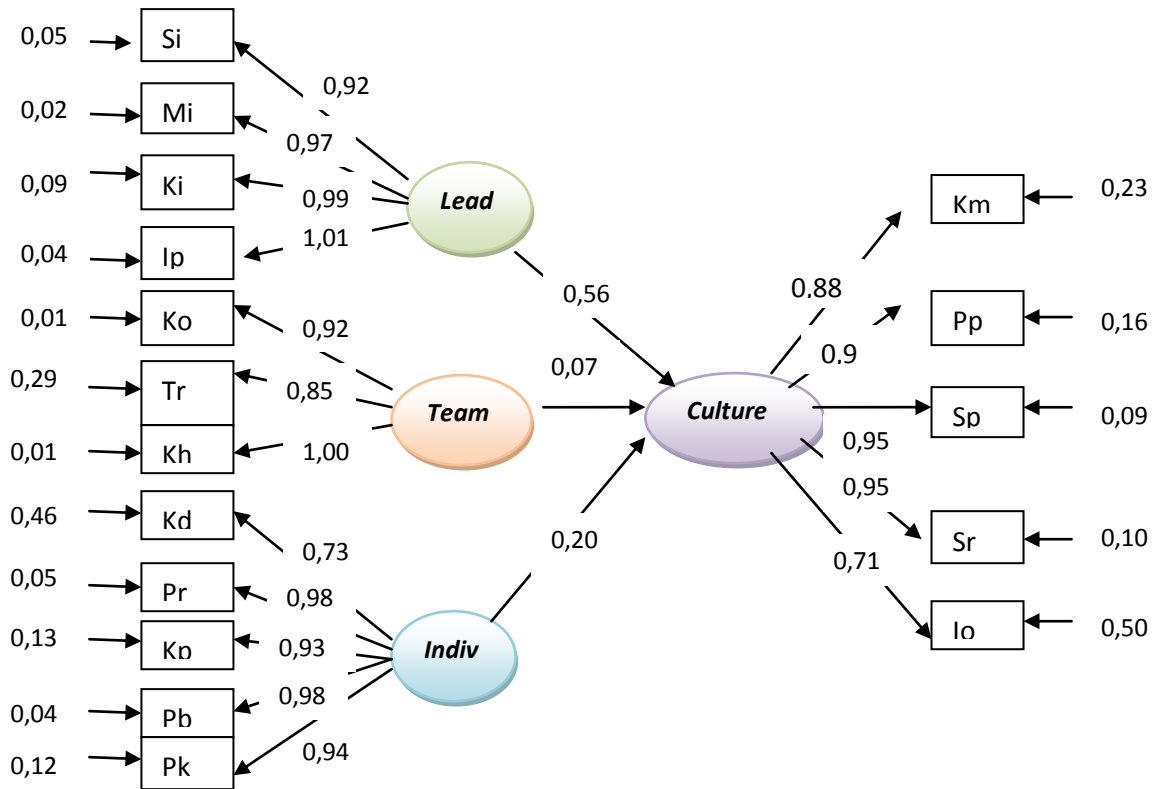
**Gambar 4d** Distribusi Rerata Indikator Budaya KP RSMA

(Km: Komitmen Manajemen, Pp:Pemberdayaan Pegawai, Sp: Sistem Pelaporan, Sr: Sistem Reawrds, Io: Identitas Organisasi)

Dari gambar di atas, dapat dilihat bahwa RS Islam Cempaka Putih Jakarta dan RS PKU Yogyakarta memiliki nilai rerata kondisi kepemimpinan transformasional, kerjasama tim, kesadaran individual dan budaya keselamatan pasien yang selalu berada di atas rerata total dari ke-lima RS lainnya. Adapun RS Muhammadiyah Bandung berada di bawah nilai rerata total di hampir setiap indikator dari variabel.

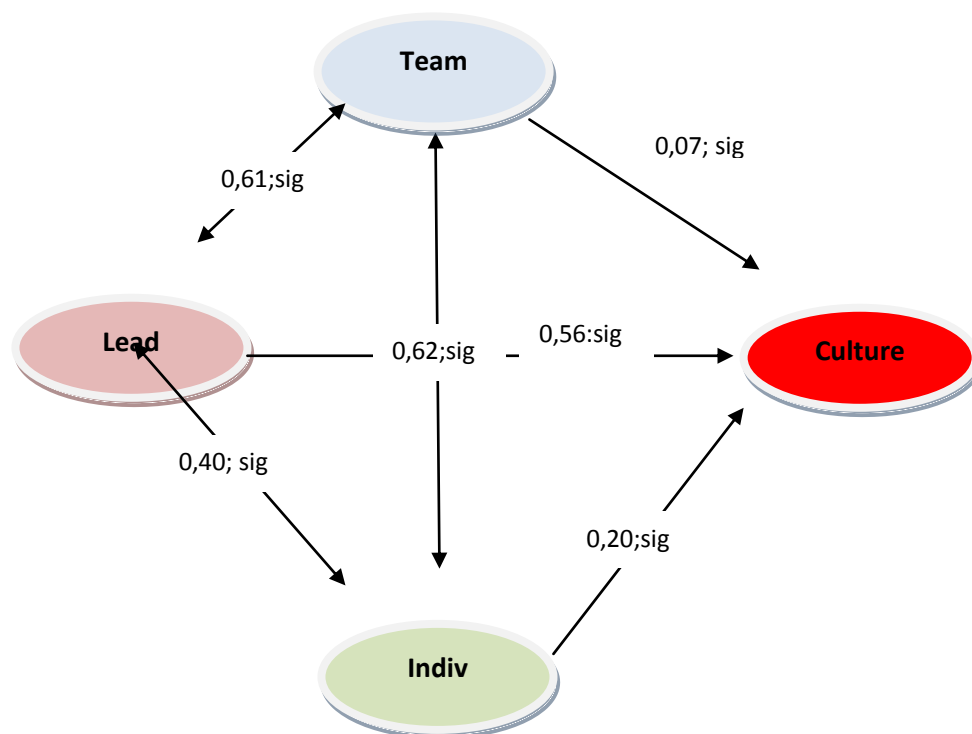
Model keseluruhan pengukuran budaya keselamatan pasien di RS mencakup 3 variabel laten eksogen dan 1 variabel endogen dengan nilai SLF-nya yang valid dan reliabel ( $t > 1,96$  dan  $SLF > 0,70$ ), yaitu : (1) Kepemimpinan Transformasional (Lead), terdiri dari indikator Stimulasi Intelektual(Si), Motivasi Inspirasional (Mi), Konsiderasi Individual (Ki) dan Idealisasi Pengaruh (Ip); (2) Kerjasam Tim (Team), terdiri dari indikator Komunikasi (Ko), *Trust/Saling Percaya* (Tr) dan *Cohesiveness/Kepaduan* (Kh)); (3) Kesadaran Individual (Indiv), terdiri dari indikator Pengenalan Kompetensi Diri (Kd), Penilaian Risiko (Pr), Kepatuhan (Kp), Pembelajar (Pb), dan Prioritas Keselamatan (Pk). Budaya Keselamatan Pasien (*Culture*) terdiri dari indikator Komitmen Manajemen (Km), Pemberdayaan Pegawai (Pp), Sistem Pelaporan (Sp), Sistem *Rewards* (Sr), Identitas Organisasi (Io). Nilai  $CR = 0,91$  ( $> 0,70$ );  $VE = 0,85$  ( $> 0,50$ ) : yang berarti validitas dan reliabilitas konstruk yang baik. Hasil pengujian kriteria GOF keseluruhan baik, dan nilai  $RMSEA = 0,075$  ( $< 0,08$ ) yang berarti tingkat

kecocokan model pengukuran yang baik (good fit). Model pengukuran dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 5** Model *Basic* Keseluruhan (*Standardized*) Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien

Adapun model struktural yang diperoleh menunjukkan bahwa terdapat pengaruh positif yang bermakna dari variabel Kepemimpinan Transformasional (SLF=0,56), Kerjasama Tim (SLF=0,07), dan Kesadaran Individual (SLF=0,20) terhadap budaya keselamatan pasien (Hipotesis 1, 2 dan 3 terbukti). Persamaan struktural dari model adalah: **Culture = 0.11\*Team + 0.81\*Lead + 0.29\*Indiv**, **Errorvar.= 1.00**, **R<sup>2</sup> = 0.52**, dan nilai RMSEA= 0,047, dan mempunyai presisi baik dan *close fit*. Terdapat pula hubungan yang bermakna antara variabel-variabel eksogen, yaitu: Kepemimpinan Transformasional dengan Kesadaran Individual, Kepemimpinan Transformasional dengan Teamwork, serta Teamwork dengan Kesadaran Individual, dengan nilai  $t > 1,96$  ( $\alpha = 0,05$ ) (Hipotesis 4, 5 dan 6 terbukti). Dalam bentuk diagram diperoleh gambaran sebagai berikut:



**Gambar 6** Model Struktural Keseluruhan Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien RSMA

## PEMBAHASAN

Penelitian ini untuk mengukur budaya keselamatan pasien di empat tingkatan yang berjejing di RS, yaitu individual, unit kerja, manajemen dan organisasi, sehingga mendapatkan gambaran yang lebih utuh tentang kondisi budaya keselamatan pasien yang ada di RS tersebut. Hal ini mendukung teori dan hasil penelitian dari Hofmann dan Stetzer (1996) dalam Flin (2007 yang mengukur di tingkat individu, kelompok kerja, departemen, organisasi dan lingkungan; Singer et.al. (2009) di tingkat unit kerja dan interpersonal; Matsubara et.al. (2008) mencakup dua tingkatan: pekerja dan organisasi; Currie (2007) ada tiga tingkatan yaitu individu, kelompok kerja dan sistem/organisasi. Akibatnya, maka analisis budaya keselamatan pasien cenderung dikendalikan oleh agregat data individual di tingkatan yang sesuai, biasanya melalui kuesioner yang sifatnya anonim/tanpa nama. Kerangka kerja pengukuran budaya 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. Secara khusus, di level manajemen senior dalam hal kepemimpinan transformasional yang dalam berbagai penelitian tentang budaya menunjukkan bahwa

kepemimpinan transformasional sangat berpengaruh dalam membangun suatu budaya. 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).

Dari hasil penelitian ini diperoleh dari estimasi persamaan regresi dari model struktural Budaya KP di RSMA sebagai berikut:

$$\text{Culture} = 0.11*\text{Team} + 0.81*\text{Lead} + 0.29*\text{Indiv}, \text{Errorvar.} = 1.00, R^2 = 0.52,$$

Dari ketiga variabel independen di atas, yang paling memberikan pengaruh secara signifikan (kenaikan sebesar 0.81 unit) terhadap peningkatan nilai budaya KP di RS adalah variabel *Lead* (Kepemimpinan Transformasional), yang memang didukung dalam berbagai studi dan referensi. Nilai  $R^2=0,52$  artinya adalah 52% dari variasi *Culture* (Budaya Keselamatan Pasien) dapat dijelaskan oleh variabel dependen *Team* (Kerjasama Tim), *Lead* (Kepemimpinan Transformasional) dan *Indiv* (Kesadaran Individual), sedangkan sisanya (48%) dijelaskan oleh faktor-faktor lainnya. Atau dengan perkataan lain, variabel *Lead*, *Team* dan *Indiv* berkontribusi sebesar 52% terhadap varians variabel *Culture*.

Faktor-faktor lainnya tersebut berdasarkan berbagai referensi yang mungkin belum ikut diteliti di sini, di antaranya (Singer et al., 2008; Matsubara et al., 2008; Blegen et al): 1) untuk indikator budaya di tingkat organisasi/RS: Keberadaan SDM khusus yang fokus pada KP, kepemimpinan Komite KP, Kepemimpinan Pengawas *Safety*, Kejelasan dan keteraturan penempatan kerja, audit proses. 2) untuk indikator budaya di tingkat manajemen senior/CEO RS/kepemimpinan: persepsi manajemen senior tentang KP, keterlibatannya dalam KP. 3) untuk indikator budaya di tingkat unit kerja/teamwork: norma-norma/nilai KP di unit kerja, penanganan konflik. 4) untuk indikator budaya di tingkat individu: beban kerja, tingkat stress, tingkat kelelahan, perasaan takut disalahkan (*fear of blame*), perasaan malu (*fear of shame*), keterlibatan keluarga/pasien.

Terdapat keterkaitan antara peran pemimpin 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 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. Kepemimpinan transformasional juga 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).

Selanjutnya, 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 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). 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.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan temuan tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa Instrumen pengukuran iklim keselamatan pasien di RS Muhammadiyah-'Aisyiyah (RSMA) menunjukkan karakteristik psikometrik yang baik. RSMA dapat menggunakan instrumen tersebut untuk mengukur kondisi iklim keselamatan pasien di masing-masing RS yang mencakup 4 domain terkait, yaitu Kepemimpinan Transformasional (di tingkat CEO/Direksi RS), Kerjasama Tim (di tingkat unit kerja), Kesadaran Individual (di tingkat individu) serta iklim keselamatan pasien (di tingkat organisasi/RS), sehingga RSMA dapat membandingkan kondisi iklim KP di masing-masing RS. Temuan di atas menunjukkan bahwa aspek yang paling penting dalam membangun iklim keselamatan pasien di RSMA adalah Kepemimpinan Transformasional di tingkat Direksi RSMA. Sedangkan untuk aspek kerjasama tim, upaya lebih keras harus dilakukan RSMA dalam meningkatkan peran kerjasama tim untuk membangun iklim budaya keselamatan pasien. Terakhir, melalui model pengukuran iklim keselamatan pasien ini kita dapat mendeteksi awal perhatian organisasi, pimpinan, unit serta individu terhadap keselamatan pasien di RS, serta dapat dilakukan secara rutin dan dapat dikaitkan dengan output/outcome keselamatan pasien.

## **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: Praeger 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. *Pediatr Radiol*(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.
- 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.
- 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. *Journal of.....*
- 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, seKhnd 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.
- 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* (2<sup>nd</sup> 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., Holzmüller, 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* (10<sup>th</sup> 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.
- Sanders, 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 Safety, 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., Mertososno, 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.