

**PENGARUH KEPEMIMPINAN, KOMUNIKASI DAN
KERJA TIM TERHADAP MATURITAS BUDAYA
KESELAMATAN PASIEN DI RSUD A.M PARIKESIT
TENGGARONG TAHUN 2017**

***THE EFFECT OF LEADERSHIP, COMMUNICATION AND
TEAMWORK TO MATURITY OF PATIENT SAFETY
CULTURE AT A.M PARIKESIT TENGGARONG
HOSPITAL, 2017***

MAURITZ SILALAH



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2017**

**PENGARUH KEPEMIMPINAN, KOMUNIKASI DAN KERJA TIM
TERHADAP MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
DI RSUD A.M PARIKESIT TENGGARONG
TAHUN 2017**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

MAURITZ SILALAH

kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2017**

TESIS

**PENGARUH FAKTOR KEPEMIMPINAN, KOMUNIKASI DAN KERJA TIM
TERHADAP MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
DI RS A.M. PARIKESIT KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA**

Disusun dan diajukan oleh

MAURITZ SILALAH
Nomor Pokok P1806215036

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 21 November 2017
dan dinyatakan telah memenuhi syarat



Menyetujui
Komisi Penasihat,

Dr. Fridawaty Rivai, SKM, MARS
Ketua

Prof. Dr. Ridwan Amruddin, SKM., M.Kes., M.Sc., PH
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat,

Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc



Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Mauritz Silalahi

NIM : P1806215036

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 21 November 2017

Yang menyatakan

Mauritz Silalahi

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah Bapa atas berkat kasih sayangNya serta pemeliharaanNya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul Pengaruh Faktor Kepemimpinan, Komunikasi dan kerja Tim terhadap Maturitas Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017, yang disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Manajemen Rumah Sakit (MARS) pada Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

Sehubungan dengan ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

Prof.Dr.drg.Andi Zulkifli, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan pada Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

Dr. Martina Yulianti, SpPD, FINASIM, selaku Direktur RSUD A M Parikesit Tenggarong yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan ini.

Dr. Fridawaty Rivai, SKM, MARS dan Prof.Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, MSC.PH sebagai pembimbing penulis yang memberi arahan yang begitu jelas sejak dari awal sampai selesainya penulisan tesis ini.

Dr. Syharir A. Pasinringi, MS, sebagai ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, yang juga sebagai guru yang begitu sabar membimbing dan memberi ilmu tentang rumah sakit.

Dr.dr. Noer Bahry Noor, M.Sc, Dr.dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM, dan Dr. Herlina A. Hamzah, SKM, MPH sebagai penguji dan yang juga

memberi bimbingan dan masukkan dalam penyelesaian penulisan tesis ini.

Dr. Alex, dr Nevi, dr. Jaya dan semua teman-teman satu angkatan perkuliahan terima kasih banyak buat support selama ini.

Mba Ima, mas Fuad, mba Heryati dan mba Qalby teman-teman dari Makassar terima kasih banyak buat bantuan dari mulai perkuliahan sampai selesai penulisan tesis ini.

Dr. Loly R D Sagian, M.Kes, SpPK, istriku yang tercinta, terima kasih banyak buat semua perhatian, hati yang begitu sabar mendampingi penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan tugas akhir.

Khezia Nelly Eunike Basa Silalahi, putri papa tersayang, yang masih sering menginginkan papanya libur untuk bisa bermain bersama, semoga anak papa bisa bertumbuh dan semangat belajar, terima kasih anak papa yang menjadi semangat dalam penyelesaian perkuliahan.

Nyonya Erika Butar-butar, mama tercinta yang terus memberi semangat untuk terus maju dimana saja.

Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang secara langsung atau tidak langsung membantu penyelesaian penulisan tesis ini.

Makassar, 16 Oktober 2017

Penulis

ABSTRAK

MAURITZ SILALAH. *Pengaruh Faktor Organisasi terhadap Maturitas Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017* (dibimbing oleh **Fridawaty Rivai** dan **Ridwan Amiruddin**).

Keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit A.M Parikesit Tenggarong

Desain penelitian ini menggunakan rancangan survey analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit A.M Parikesit Tenggarong. Sampel penelitian ini sebanyak 175 responden yang merupakan staf di rumah sakit. Analisis data menggunakan uji regresi linear untuk melihat pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien ($p=0.000$). Ada pengaruh komunikasi terhadap maturitas budaya keselamatan pasien ($p=0.000$). Ada pengaruh kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien ($p=0.000$). Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien berada pada kategori proaktif. Penelitian ini diharapkan sebagai masukan kepada Rumah Sakit AM Parikesit, agar tetap memperhatikan komponen kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim agar dapat mempertahankan dan meningkatkan maturitas budaya keselamatan pasien.

Kata Kunci : kepemimpinan, komunikasi, kerja tim, maturitas budaya keselamatan pasien



ABSTRACT

MAURITZ SILALAH. *Effect of Organizational Factor on Maturity of Patient Safety Culture in A.M Parikesit Hospital Tenggarong 2017* (supervised by **Fridawaty Rivai** and **Ridwan Amiruddin**).

Patient safety in the hospital is a system where the hospital makes the patient care safer. This study aimed to analyze the influence of leadership, communication and teamwork on the maturity of patient safety culture at A.M Parikesit Tenggarong Hospital.

This research used analytical survey with cross sectional study design. This research was conducted at A.M Parikshit Tenggarong Hospital. The sample of this study as many as 175 respondents who are staff in the hospital. Data analysis used linear regression test to see the effect of independent variable to dependent variable.

The results showed that there was a leadership influence on the maturity of patient safety culture ($p = 0.000$). There is an effect of communication on the maturity of the patient safety culture ($p = 0.000$). There is an influence of teamwork on the maturity of patient safety culture ($p = 0.000$). The level of maturity of patient safety culture is in the proactive category. This research is expected to be an input to AM Parikshit Hospital, in order to keep the leadership component, communication and teamwork in order to maintain and improve the maturity of patient safety culture.

Keywords : leadership, communication, teamwork, maturity of patient safety culture



DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Pengajuan	ii
Halaman Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Penelitian	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB I Pendahuluan	
A. Latar Belakang	1
B. Kajian Masalah	7
C. Rumusan Masalah	12
D. Tujuan Penelitian	13
E. Manfaat Penelitian	13
BAB II Tinjauan Pustaka	
A. Keselamatan Pasien	15
B. Budaya Keselamatan Pasien	21

C. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien	25
D. Maturitas Budaya Keselamatan Pasien	34
E. Rumah Sakit	38
F. Mapping Teori	40
G. Kerangka Teori	41
H. Kerangka Konseptual	42
I. Hipotesis	43
J. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	44
K. Matriks Penelitian	46
L. Perbedaan Penelitian Terdahulu	52
BAB III Metode Penelitian	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	53
B. Lokasi dan Waktu	53
C. Populasi	53
D. Sumber Data	57
E. Instrumen Penelitian	57
F. Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen	58
G. Uji Normalitas Data	62
H. Pengolahan dan Analisis Data	63
BAB IV Hasil dan Pembahasan	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	65

B. Hasil Penelitian	69
C. Pembahasan	87
D. Keterbatasan Penelitian	110
E. Implikasi Manajerial	111
BAB V Kesimpulan dan Saran	
A. Kesimpulan	113
B. Saran	113
Daftar Pustaka	118
Lampiran	121

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1	Angka Insiden Keselamatan Pasien di RSUD A.M Parikesit Tahun 2016-Januari 2017	4
2	10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A.M Parikesit	6
3	Faktor Keselamatan Pasien Pengembangan WHO	26
4	Tingkatan Maturitas Budaya Keselamatan Pasien Menurut MaPSaF	37
5	Definisi Operasional & Kriteria Objektif Penelitian	44
6	Matriks Penelitian	46
7	Rincian Jumlah Populasi Penelitian Pada RSUD A.M Parikesit Tenggarong	54
8	Rincian Jumlah Populasi Penelitian Pada RSUD A.M Parikesit Tenggarong	56
9	Uji Validitas dan Reliabilitas Pernyataan Kepemimpinan	59
10	Uji Validitas dan Reliabilitas Pernyataan Komunikasi	60
11	Uji Validitas dan Reliabilitas Pernyataan Kerja Tim	60
12	Uji Validitas dan Reliabilitas Pernyataan Maturitas Keselamatan Pasien	61
13	Uji Normalitas Data	62
14	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden	70
15	Persepsi Responden Terhadap Kepemimpinan	71
16	Distribusi Jawaban Berdasarkan Pernyataan Variabel Kepemimpinan	72
17	Persepsi Responden Terhadap Komunikasi	73
18	Distribusi Jawaban Berdasarkan Pernyataan Variabel Komunikasi	74
19	Persepsi Responden Terhadap Kerja Tim	75

20	Distribusi Jawaban Berdasarkan Pernyataan Variabel Tim Kerja	76
21	Persepsi Responden Terhadap Maturitas Keselamatan Pasien	77
22	Distribusi Jawaban Berdasarkan Pernyataan Variabel Maturitas Keselamatan Pasien	78
23	Kategori Maturitas Keselamatan Pasien	79
24	Hubungan Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim terhadap Maturitas Keselamatan Pasien	81
25	Crosstabulation Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim dengan Maturitas Budaya Keselamatan Pasien	82
26	Hubungan Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim dengan Maturitas Budaya Keselamatan Pasien	83
27	Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim terhadap Maturitas Keselamatan Pasien	85
28	Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim terhadap Maturitas Keselamatan Pasien	86

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
1	Kajian Masalah	8
2	Faktor organisasi dan personal dalam sistem sosioteknikal	18
3	Faktor-faktor yang mempengaruhi dampak keselamatan pasien	18
4	Mapping Teori	40
5	Kerangka Teori	41
6	Kerangka Konsep	42

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		
1	Kuesioner Penelitian	124
2	Hasil SPSS	135

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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

Fokus terhadap keselamatan pasien ini didorong oleh masih tingginya angka Kejadian Tak Diinginkan (KTD) atau *Adverse Event* di RS secara global maupun nasional. KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 4.0-16.6 % (Vincent, 2005 dalam Emma, 2011), 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). World Health Organization (WHO), 2014 Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang serius. Di Eropa mengalami pasien dengan resiko infeksi 83,5% dan bukti kesalahan medis menunjukkan 50-72,3%. Di kumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6 %. Data Patient Safety tentang Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tak Diharapkan (KTD) di Indonesia masih jarang, namun dipihak lain terjadi peningkatan tuduhan “mal praktek” yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Insiden pelanggaran patient safety 28,3% dilakukan oleh perawat.

Laporan IKP oleh KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien-Rumah Sakit) di Indonesia pada bulan Januari-April 2011, menemukan bahwa adanya pelaporan kasus KTD (14,41%) dan KNC (18,53%) yang disebabkan karena proses atau prosedur klinik (9,26 %), medikasi (9,26%), dan Pasien jatuh (5,15%). Raharjo (2006) yang mengutip dari Herkutanto (2005) melaporkan adanya 126 kasus tuduhan malpraktik terhadap rumah sakit selama periode 1999 sampai 2004. Majelis Kode Etik Kedokteran seperti yang dikuiip Daud (2005) juga mencatat 41 kasus malpraktek di DKI Jakarta selama Juli – September 2003. Malpraktek merupakan salah satu tindakan *medical error* seperti yang dimaksud oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), yang menyebabkan cedera pada pasien akibat melakukan atau tidak melakukan tindakan, biasa disebut dengan

KTD. KTD sebagaimana dijelaskan sebelumnya juga menuntut adanya perhatian yang besar dalam dunia medis berkaitan dengan hal-hal yang bisa meminimalisir terjadinya KTD di rumah sakit. Sedangkan di Indonesia, data tentang KTD masih sangat langka disebabkan jumlah pelaporan insiden yang masih sangat minim. Data kejadian pasien jatuh di Indonesia berdasarkan Kongres XII PERSI (2012) melaporkan bahwa kejadian pasien jatuh tercatat sebesar 14%, padahal untuk mewujudkan keselamatan pasien angka kejadian pasien jatuh seharusnya 0%.

Dapat dikatakan bahwa masalah *medical error* dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah *adverse event* yang ditemukan secara kebetulan saja, dan sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian (Weiner *et.al.*, 2007). Meskipun pada umumnya jika sistem dapat dijalankan dengan sebagaimana mestinya maka KTD dapat ditekan sekecil-kecilnya, namun fakta menunjukkan bahwa sistem tidak dapat berjalan secara optimal jika kompetensi dan nilai-nilai atau budaya yang ada tidak mendukung (Budihardjo, 2008).

Rumah Sakit Umum Daerah A. M Parikesit Tenggarong merupakan rumah sakit yang memiliki visi “Menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Terkemuka yang dikelola secara Profesional”. Dengan tujuan tersebut, diharapkan rumah sakit ini dapat menjadi rumah sakit terkemuka dari segi pelayanan yang aman dan bermutu. Berdasarkan data sekunder yang

didapatkan tentang insiden keselamatan pasien di RSUD A.M Parikesit
Tenggarong sebagai berikut:

Tabel 1
Angka Insiden Keselamatan Pasien di RSUD A.M Parikesit
Tenggarong Tahun 2016 – Januari 2017

No.	Insiden Keselamatan Pasien	2016	2017 (Januari)
1	Sentinel	-	-
2	KTD	18	4
3	KNC	2	1
4	KPC	-	-
5	KTC	-	-
Total		20	5

Sumber : Data Sekunder RSUD A.M Parikesit Tenggarong

Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa insiden keselamatan pasien pada awal tahun 2017 sudah mencapai 25% dari angka kejadian pada tahun sebelumnya. Hal ini dinilai jika angka insiden keselamatan pasien makin meningkat maka akan memberikan dampak yang dapat merugikan. Dampak dari KTD dapat berupa cacat ringan, sedang hingga berat, bahkan dapat berakibat fatal dan kematian. Besarnya dampak yang dapat timbul akibat insiden keselamatan pasien mengharuskan organisasi pelayanan kesehatan melaksanakan tindakan terkait keselamatan pasien. Hal ini untuk menjamin kualitas perawatan dipertahankan dan perawatan berkualitas diberikan kepada pasien (Swansburg, 2000).

Rumah sakit harus menjamin penerapan keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan yang diberikannya kepada pasien (Fleming & Wentzel, 2008). Upaya dalam pelaksanaan keselamatan pasien diawali dengan penerapan budaya keselamatan pasien (KKP-RS, 2008), dengan berfokus pada budaya keselamatan akan menghasilkan penerapan keselamatan pasien yang lebih baik dibandingkan hanya berfokus pada program keselamatan pasien saja (El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar, & Hemadeh, 2011). Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi dalam usaha penerapan keselamatan pasien yang merupakan prioritas utama dalam pemberian layanan kesehatan (Disch, Dreher, Davidson, Sinioris, & Wainio, 2011; NPSA, 2009). Pondasi keselamatan pasien yang baik akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan.

Budaya keselamatan pasien merupakan dasar dalam mewujudkan keselamatan pasien. Menurut Badan Nasional Keselamatan Pasien, ada tujuh langkah untuk meningkatkan keselamatan pasien, langkah yang paling penting dalam meningkatkan keselamatan pasien ini adalah dengan mengukur budaya keselamatan pasien yang ada (The Health Foundation, 2011). Salah satu cara mengukur budaya keselamatan pasien adalah dengan mengukur tingkat kematangan budaya keselamatan.

Maturitas atau kematangan budaya keselamatan pasien merupakan tahap perkembangan budaya keselamatan pasien (Fleming, 2000). Survey pendahuluan yang telah dilakukan di RSUD A.M.Parikesit Tenggarong dalam menilai budaya keselamatan ialah sebagai berikut:

Tabel 2
10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A.M Parikesit
Tenggarong Tahun 2017

NO	10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Hasil (%)	Nilai
1	Harapan terhadap atasan dan tindak lanjut	43	Kurang
2	Learning Organization – Peningkatan Berkelanjutan	85	Baik
3	Kerjasama dalam internal unit	81	Baik
4	Keterbukaan komunikasi	41	Kurang
5	Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan	61	Cukup
6	Non punitive respons terhadap kesalahan	32	Kurang
7	Manajemen SDM dan staf	38	Kurang
8	Dukungan rumah sakit untuk keselamatan pasien	68	Cukup
9	Kerjasama antar unit	45	Kurang
10	Kelemahan saat transisi/overshift	13	Kurang

Sumber : Data Sekunder RSUD A.M Parikesit Tenggarong

Penilaian tersebut dapat disimpulkan bahwa pencapaian RSUD A.M Parikesit Tenggarong rata – rata bernilai 50,7%. Masih dibutuhkan strategi –strategi pengembangan yang mendukung tercapainya maturitas budaya keselamatan pasien. Salah satu strategi untuk mengembangkan budaya keselamatan adalah dengan melibatkan staf mulai dari perencanaan dan pengembangan budaya keselamatan pasien (Fleming, 2005). Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf dalam penerapan keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien (Permenkes No. 1691, 2011). Selain itu, panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit yang disusun oleh DEPKES RI tahun 2008 berisi tentang aturan agar rumah sakit mengidentifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat

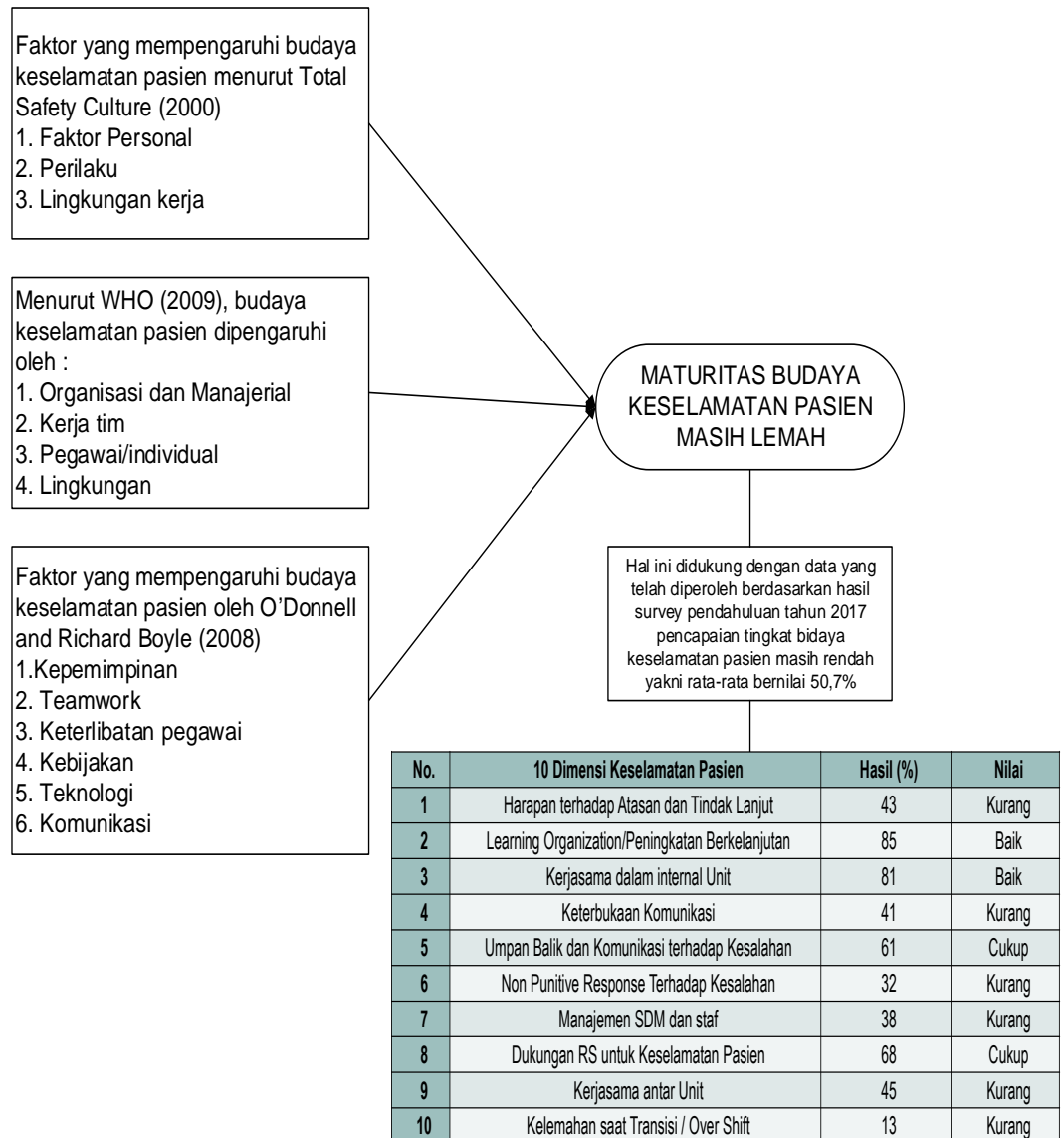
diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan keselamatan pasien. Dengan kata lain seluruh tenaga medis yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan dapat dikatakan sebagai penggerak untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien. Oleh karena itu peneliti mengambil sasaran tenaga medis dan paramedis dalam penelitian ini.

Berdasarkan penjelasan mengenai pentingnya penerapan budaya keselamatan pasien maka diharapkan usaha meningkatkan budaya keselamatan pasien ini juga perlu dilaksanakan di RSUD A. M. Parikesit yang terletak di Tenggarong. Hasil dari penelitian ini juga diharapkan nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pengembangan budaya keselamatan pasien di RSUD selanjutnya.

B. KAJIAN MASALAH

Budaya keselamatan mengacu pada cara keselamatan pasien dipikirkan dan diimplementasikan dalam suatu organisasi serta struktur dan proses untuk mendukungnya. Mengukur budaya atau iklim keselamatan penting karena budaya organisasi dan sikap tim telah ditemukan dapat mempengaruhi hasil keselamatan pasien dan langkah-langkah ini dapat digunakan untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu (*The Health Foundation*, 2011). Berdasarkan dengan hasil survey pendahuluan yang telah dilakukan di RSUD A.M Parikesit Tenggarong, dimana hasil tersebut menunjukkan perlunya upaya untuk mengembangkan strategi dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien. Salah satu langkah awal yang

dianggap penting ialah dengan membantu organisasi untuk menemukan faktor-faktor yang dapat mendukung terciptanya budaya keselamatan pasien yang lebih baik. Pemaparan kajian masalah ini dapat dilihat pada gambar dibawah ini :



Gambar 1
Kajian Masalah

Budaya keselamatan pasien dalam suatu organisasi dapat dinilai pada faktor-faktor di tingkat unit, tingkat rumah sakit dan sebagai variabel hasil (Katherine et al, 2008). Menurut WHO (2009) ada empat kategori faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien antara lain: Organisasi/manajerial, kerja tim, pegawai individual, serta lingkungan kerja. Geller (2000) dalam bukunya *The Psychology of Safety Handbook* menjelaskan bahwa untuk mencapai *Total Safety Culture* suatu organisasi harus didukung oleh: faktor personal (pengetahuan, sikap, motivasi, dan kemampuan), faktor perilaku (kerjasama, kepemimpinan, komunikasi, pengawasan dan pelatihan), serta faktor lingkungan (Sarana dan prasarana, mesin, mekanik, standar prosedur operasional, dan kebersihan).

Sedangkan maturitas budaya keselamatan pasien merupakan tahap perkembangan budaya keselamatan pasien (Fleming, 2000). Penilaian budaya keselamatan pasien dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yaitu *The Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) yang didanai oleh *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dan *Manchester Patient Safety Framework (MAPSAF)* adalah alat yang mengukur tingkat kematangan budaya keselamatan yang dikembangkan oleh Badan keselamatan Pasien Nasional (NPSA) di Manchester, UK. *MAPSAF* adalah alat yang membantu organisasi pelayanan kesehatan untuk menilai kemajuan mereka mengembangkan budaya keselamatan.

Tingkatan yang diperoleh dalam kematangan budaya keselamatan dalam *MAPSAF* ini, didasarkan pada kerangka teori dan definisi budaya keselamatan pasien dalam 10 dimensi. Dimensi-dimensi tersebut adalah perbaikan terus-menerus, prioritas diberikan pada keselamatan, kesalahan system dan tanggungjawab individu, pencatatan insiden, evaluasi insiden, pembelajaran dan pengefektifan perubahan, komunikasi, manajemen personalia, pendidikan staf dan kerjasama tim.

Dari beberapa faktor – faktor yang diasumsikan dapat berpengaruh terhadap maturitas budaya keselamatan pasien, Weaver (2013) mengatakan bahwa promosi budaya keselamatan pasien dapat di konseptualisasikan dengan sebaik mungkin hanya dengan suatu tatanan yang dapat memberikan intervensi secara tepat untuk melakukan perubahan. Tatanan tersebut antara lain kepemimpinan, kerja tim dan perilaku bukan melalui pendekatan terhadap program atau teknologi tertentu. Selain itu *The Joint Comission* (2015) juga menambahkan bahwa rumah sakit dan sistem pelayanan kesehatan lainnya yang memiliki budaya keselamatan yang kuat dicirikan oleh komunikasi yang didasarkan pada saling percaya dan oleh persepsi bersama mengenai pentingnya keselamatan (kerja tim). Sehingga dalam penelitian ini variabel yang digunakan hanya berfokus pada kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim.

Permenkes No. 1691 Tahun 2011 menerangkan bahwa membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, diperlukan sosok pemimpin yang mampu memimpin dan mendukung staf dalam penerapan keselamatan

pasien. Hal ini merupakan bagian penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Dengan kemampuan kepemimpinan yang dimiliki maka dapat melakukan perubahan budaya menuju keberhasilan program keselamatan pasien (Yahya, 2006). Penelitian yang telah dilakukan oleh Setiowati (2010) membuktikan bahwa kepemimpinan memberikan pengaruh positif terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Dengan demikian kepemimpinan dianggap sebagai elemen penting dalam menciptakan budaya yang kuat dalam menerapkan keselamatan pasien (*National Patient Safety Agency, 2004*).

Menilai pentingnya kerja tim dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien juga diterangkan oleh Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations yang memasukkan unsur kerjasama tim dalam *National Patient Safety Goals* (JCAHO, 2005).

Canadian Health Services Research Foundation (2006) menemukan bahwa tim berfungsi lebih baik bila mereka memiliki tujuan yang jelas dan menerapkan protokol dan prosedur. Yang juga penting adalah penggunaan metode komunikasi untuk membahas hal yang berkaitan dengan pasien, berbagi informasi, dan saran untuk memperbaiki kinerja (Kalisch, 2007). Peran Kepemimpinan, kerja tim dan komunikasi sangat penting dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi dengan berbagai tingkat petugas kesehatan.

Sedangkan penilaian maturitas budaya pada penelitian ini menggunakan alat ukur tingkat kematangan budaya keselamatan yang dikembangkan oleh Badan keselamatan Pasien Nasional (NPSA) di Manchester, UK yaitu MAPSAF (*Manchester Patient Safety Assessment Framework*). Dengan menggunakan alat ukur ini, selain untuk melihat letak kelemahan budaya *patient safety* berdasarkan 10 item indikator MAPSAF di RSUD AM Parikesit Tenggarong, tetapi juga dapat melihat tingkat maturitas budaya keselamatan pasien berdasarkan 5 pendekatan dalam peningkatan budaya keselamatan pasien. Antara lain : patologi, reaktif, kalkulatif, proaktif atau generative.

Dengan demikian peneliti merasa perlu untuk menilai kepemimpinan, kerja tim dan komunikasi serta pengaruhnya terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD AM. Parikesit Tenggarong Tahun 2017.

C. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan kajian masalah di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah:

1. Apakah ada pengaruh kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017?
2. Apakah ada pengaruh komunikasi terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017?
3. Apakah ada pengaruh kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017?

D. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis pengaruh faktor kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RS A.M Parikesit Tenggarong tahun 2017

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M Parikesit Tenggarong tahun 2017
- b. Menganalisis pengaruh komunikasi terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M Parikesit Tenggarong tahun 2017
- c. Menganalisis pengaruh kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M Parikesit Tenggarong tahun 2017

E. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menambah kepustakaan tentang manajemen mutu dan *patient safety* khususnya faktor budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi masukan untuk pihak manajemen dalam mengidentifikasi faktor yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien rumah sakit khususnya terkait kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim di lingkungan rumah sakit.

3. Manfaat Praktis

Hal ini merupakan salah satu bentuk tri darma perguruan tinggi yakni penelitian yang menjadi pengalaman berharga bagi peneliti dalam melatih diri menggunakan cara berpikir secara objektif, ilmiah, kritis, analitik untuk mengkaji teori dan realita yang ada di lapangan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KESELAMATAN PASIEN (*PATIENT SAFETY*)

1. PENGERTIAN

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan, dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691 Bab I Pasal 1, 2011).

Keselamatan menurut persepsi pasien seperti yang dikemukakan oleh *Institute of Medicine* (IOM, 1999, dalam Kohn et al., 2000, hal. 18) adalah "*freedom from accidental injury*". Sedangkan Dep.Kes. R.I. mendefinisikan keselamatan pasien rumah sakit sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman bagi pasien. (Depkes, 2011).

Komite keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS) PERSI mendefinisikan KTD/ adverse event merupakan suatu kejadian yang

tak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*). Sedangkan Kejadian Nyaris Cedera/*near miss* merupakan suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) yang dapat menciderai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, yang disebabkan karena keberuntungan, pencegahan atau peringanan. Contoh dari keberuntungan misalnya: pasien mendapatkan obat yang salah tetapi tidak timbul reaksi obat. Contoh akibat dari pencegahan, misal: pasien menerima obat dengan dosis letal, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan. Sedangkan contoh dari peringanan, misal: pasien menerima obat dengan dosis letal, tetapi keadaan ini segera diketahui secara dini lalu kemudian diberikan penawarnya (Depkes, 2008).

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang berpusat pada pasien. Sistem berpusat pasien ini berfokus pada kemampuan dan keterbatasan manusia yang memperhatikan keterlibatan, operasi, sistem integrasi, dan pengaruh organisasi terhadap keselamatan.

2. TUJUAN KESELAMATAN PASIEN

Tujuan sistem keselamatan pasien rumah sakit adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit

- b. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya Kejadian Tak Diharapkan (KTD) di Rumah Sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD

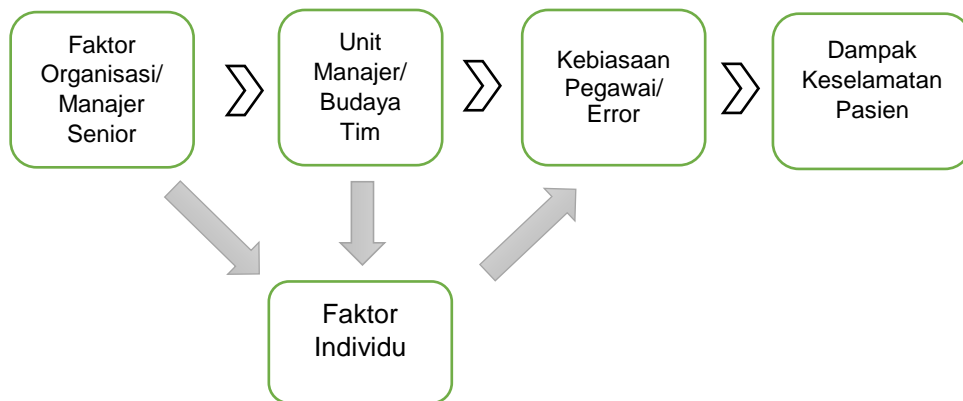
Sedangkan tujuan keselamatan pasien secara internasional adalah:

- a. *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar)
- b. *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif).
- c. *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan resiko tinggi)
- d. *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
- e. *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)
- f. *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh)

3. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESELAMATAN PASIEN

Meningkatnya perhatian terhadap kinerja dan perilaku manusia dengan menggunakan pendekatan sistem akan mengurangi kerusakan, hilangnya nyawa, luka, kerusakan properti,

dan kerugian finansial. Pengembangan model organisasi dan faktor personal oleh Moray (2000) dapat digambarkan sebagai berikut



Gambar 2. Faktor organisasi dan personal dalam sistem sosioteknikal (Moray, 2000)

Bagan di berikut ini menunjukkan bagaimana situasi organisasi, unit manajer, kebiasaan pegawai dan faktor individu dapat mempengaruhi situasi keselamatan pasien di rumah sakit.



Gambar 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi dampak keselamatan pasien (Jackson & Flin, 2003)

Dalam sistem ini setiap lapisan terdiri dari lapisan yang didalamnya, lapisan luar dari kerangka kerja mengandung unsur dari lapisan dalam dan mempengaruhi lapisan lingkungan kerja/peralatan, dan seterusnya. (Moray, 2000). Jackson & Flynn, menggambarkan model yang menunjukkan hubungan antara organisasi, faktor personal, error dan dampak keselamatan pasien.

4. MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN

Manajemen keselamatan adalah latar belakang asumsi organisasi tentang cara di mana keselamatan harus dikelola dan ditingkatkan. Model manajemen keselamatan secara implisit atau eksplisit meliputi: unit analisis, konsep dan sarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan keselamatan, cara di mana manajemen keselamatan terintegrasi dalam pengelolaan organisasi secara menyeluruh, dan fenomena yang harus dipertimbangkan dalam pengembangan sistem manajemen keselamatan. Badan Nasional Keselamatan Pasien mengidentifikasi tujuh langkah untuk keselamatan pasien (NPSA, 2004):

- a. Langkah 1: Membangun budaya keselamatan. Melakukan audit untuk menilai budaya keselamatan.
- b. Langkah 2: Memimpin dan mendukung tim. Memandang pentingnya keselamatan pasien; dan menerapkannya dalam usaha nyata.

- c. Langkah 3: Mengintegrasikan aktivitas manajemen risiko. Secara teratur meninjau arsip pasien.
- d. Langkah 4: Meningkatkan pelaporan. Berbagi insiden keselamatan pasien.
- e. Langkah 5: Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat. Mencari tahu pandangan pasien; Mendorong umpan balik dengan survei pasien.
- f. Langkah 6: Belajar dan berbagi pelajaran keselamatan. Menadakan pertemuan rutin kejadian yang signifikan.
- g. Langkah 7: Mengimplementasikan solusi untuk mencegah kerusakan. Memastikan bahwa tindakan yang telah disetujui didokumentasikan, diimplementasikan dan review, dan disetujui siapa yang harus bertanggung jawab.

Ketujuh langkah untuk keselamatan pasien, sekali lagi, menangani bidang utama model manajemen keselamatan, mulai dari komitmen manajemen untuk berkomunikasi, terbuka dan budaya tidak menyalahkan, budaya untuk pelaporan insiden dan analisa, integrasi manajemen keselamatan dalam fungsi manajemen lain untuk pelaksanaannya dan dokumentasi.

B. BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

1. PENGERTIAN BUDAYA KESELAMATAN

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

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

WHO (2009) menyatakan organisasi pelayanan kesehatan terus mengembangkan budaya keselamatan pasien seperti tujuan yang

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

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

2. ARTI PENTING BUDAYA KESELAMATAN

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara

keseluruhan, karena apabila kita lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan *outcome* keselamatan yang lebih dibandingkan hanya memfokuskan pada programnya saja (Fleming, 2006). Walshe & Boaden (2006) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai – rantai dalam sistem terputus.

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

Budaya keselamatan yang dianggap positif menurut Pronovost et al (2003) adalah karakteristik budaya keselamatan pasien yang proaktif, meliputi komitmen dari pimpinan untuk mendiskusikan dan belajar dari kesalahan, mendorong dan mempraktekkan kerja sama tim, membuat sistem pelaporan kejadian (KTD, KNC, sentinel) serta memberikan penghargaan bagi staf yang menjalankan program

keselamatan pasien dengan baik, Walshe & Boaden (2006) juga berpendapat bahwa dengan terciptanya budaya keselamatan pasien berarti adanya alat ukur yang meyakinkan tentang keselamatan pasien, identifikasi proaktif terhadap ancaman laten keselamatan pasien, pembelajaran organisasi, komitmen pemimpin dan para ekektuf, serta pendekatan tidak menyalahkan terhadap pelaporan kejadian.

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

3. PEMBAGIAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Pembagian budaya keselamatan pasien oleh Reiling (2006) adalah :

a. Informed Culture

Keselamatan pasien sudah diinformasikan ke semua karyawan, arti penting dari ke pasien, ada upaya dari rumah sakit dalam menciptakan keselamatan pasien, adanya kebijakan yang menjadi draft/rencana strategis tentang keselamatan pasien oleh tatanan

manajerial, adanya pelatihan, pengembangan berupa jurnal berdasarkan *evidence based*, informasi tentang kendala dan hambatan dalam menciptakan keselamatan pasien.

b. Reporting Culture

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

c. Just Culture

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

d. Learning Culture

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

C. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

1. *World Health Organization (WHO)*

WHO (2009) mengembangkan 4 (empat) kategori faktor dengan 10 (sepuluh) topik keselamatan pasien yang relevan.

Tabel 3
Faktor Keselamatan Pasien Pengembangan WHO (2009)

Kategori	Topik
Organisasi/Manajerial	1. Budaya Keselamatan 2. Kepemimpinan manajer 3. Komunikasi
Kerja tim	4. Kerja tim – struktur/ proses (dinamika) 5. Team Leadership (supervisor)
Individual Pekerja <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan kognitif (berpikir) • Sumber daya manusia 	6. Kewaspadaan situasi 7. Pengambilan keputusan 8. Stres 9. Kelelahan
Lingkungan kerja	10. Lingkungan kerja dan bahaya

2. **Total Safety Culture**

Total Safety Culture (2000) membutuhkan perhatian khusus terhadap tiga (3) faktor antara lain:

- a. Faktor personal (pengetahuan, sikap, motivasi, kompetensi, kepribadian).
- b. Faktor perilaku (kepemimpinan, kewaspadaan situasi, komunikasi, kerja tim, stress, kelelahan, kepemimpinan tim, pengambilan keputusan).
- c. Lingkungan (perlengkapan, peralatan, mesin, kebersihan, teknik, standar prosedur operasional).

3. O'Donell & Richard Boyle

O'Donell & Richard Boyle (2008) mengemukakan bahwa hal – hal yang berkaitan dalam mempengaruhi budaya dalam suatu organisasi yang berjalan ialah

- a. Kepemimpinan
- b. *Teamwork*
- c. Keterlibatan Pegawai
- d. Kebijakan
- e. Teknologi
- f. Komunikasi

Berdasarkan uraian teori di atas, setelah dielaborasikan, maka penelitian ini akan menggunakan teori dari WHO (2009) akan mengkaji pengaruh faktor-faktor organisasi/manajemen terdiri dari kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien antara lain :

- a. Kepemimpinan

Ada 3 domain perilaku kepemimpinan yang mampu menjadi agen perubahan (*change agent*) bagi perilaku anggota dalam suatu organisasi yakni pengarahan (*direction*), pengawasan (*supervision*), serta koordinasi (*coordination*) (Gillies, 1994).

- 1) Pengarahan. Pengarahan mengacu pada penugasan, perintah, kebijakan, peraturan, standar, pendapat, saran, dan pertanyaan untuk mengarahkan perilaku bawahan. Kebijakan, prosedur, standar, dan

tugas menjadi alat dalam memimpin orang lain untuk menghasilkan perilaku yang diinginkan. Perintah dalam pengarahan dapat berupa perintah lisan atau tertulis oleh atasan organisasi yang membutuhkan untuk bawahan untuk bertindak atau menahan diri dari bertindak dengan cara tertentu (Gillies, 1994)

- 2) Supervisi. Supervisi pelayanan keperawatan dikatakan sebagai kegiatan dinamis yang bertujuan untuk meningkatkan motivasi dan kepuasan antara dua komponen yang terlibat yaitu supervisor atau pimpinan, orang yang disupervisi sebagai mitra kerja dan pasien sebagai penerima jasa pelayanan keperawatan (Arwani & Supriyatno, 2006). Supervisi merupakan perilaku kepemimpinan yang berfungsi untuk memeriksa pekerjaan, mengevaluasi kinerja, memperbaiki kinerja staf, memberi dukungan, yang pada akhirnya akan meningkatkan kinerja (Gillies, 1994; Rowe & Haywood, 2007). Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih banyak dukungan yang diberikan oleh pemimpin atau supervisor untuk keselamatan pasien akan meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat, yakni meningkatkan frekuensi keterbukaan dan pelaporan atas insiden keselamatan pasien. Persepsi yang baik tentang keselamatan pasien juga dikatakan menjadi meningkat dan kemungkinan dapat menyebabkan meningkatnya keterbukaan dan pelaporan insiden keselamatan pasien (Jardali et al, 2011).

3) Koordinasi. Koordinasi adalah kegiatan kepemimpinan yang mencakup semua kegiatan yang memungkinkan staf untuk bekerja bersama secara harmonis. Koordinasi penting dilakukan untuk keberhasilan suatu organisasi kesehatan. Umumnya koordinasi kegiatan staf terjadi selama pertemuan kelompok kerja utama karena beberapa anggota mengkhususkan diri dalam tugas terkait, seperti kegiatan menyempurnakan tujuan, identifikasi masalah, dan analisis data. Staf yang lain mengkhususkan diri dalam kegiatan perawatan. Pemecahan masalah dalam kegiatan koordinasi harus cukup panjang untuk memungkinkan diskusi lengkap dari topik masalah, dan dalam kegiatan ini staf yang wajib hadir dibebaskan dari tugas perawatan pasien (Gillies, 1994).

b. Komunikasi

Kompetensi dalam berkomunikasi menjadi suatu hal yang penting karena komunikasi efektif berhubungan dengan pengelolaan dalam penyelesaian konflik. Komunikasi efektif juga berperan dalam tersosialisasinya isu pelayanan keperawatan dan isu organisasi. Komunikasi memiliki dua aspek penting, yaitu sikap saat berkomunikasi dan alat untuk berkomunikasi (Wise & Kowalski, 2006). Komunikasi dapat secara verbal, tertulis, maupun lisan. Keterampilan komunikasi dapat berupa mendengar aktif, mendorong saluran informasi, asertif, memberikan umpan balik, upaya menciptakan

perantara apabila terdapat masalah dalam berkomunikasi, membentuk jaringan, menyatakan komunikasi sebagai visi.

Walshe & Boaden (2006) juga berpendapat budaya keselamatan pasien positif meliputi komunikasi yang didasarkan pada :

- 1) Kepercayaan dan transparansi
- 2) Proses dan alur informasi yang baik
- 3) Persepsi bersama tentang arti penting keselamatan pasien
- 4) Perhatian dan pengenalan pada pentingnya kesalahan.

c. Kerja Tim

Tim adalah unsur kehidupan organisasi karena suatu pekerjaan melibatkan orang-orang dengan berbagai macam keahlian untuk bekerjasama untuk satu tujuan. Kerja tim adalah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih orang dalam suatu aktivitas untuk menyelesaikan suatu tujuan. Hampir semua pekerjaan di rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu contohnya: tim ruang pembedahaan, shift antar pekerja, dan unit medis dan perawatan. Perilaku kelompok sebagai bagian dalam tim kerja dapat mempengaruhi perilaku individu. Faktor-faktor yang mempengaruhi performa tim antara lain: aspek psikologisnya tim, apa yang terjadi bila bekerjasama dan bagaimana tim memimpin contohnya: oleh ketua grup atau supervisor.

Kerja tim dipengaruhi oleh karakteristik struktural dari tim, termasuk jumlah anggota, struktur organisasi, aturan, dan norma

yang diterima sebagai perilaku. Faktor-faktor ini dibedakan tergantung dari tipe tim tersebut dimana mereka bekerja dan akan mempengaruhi hubungan grup (West, 2004). Di rumah sakit, dengan prosedur dan protokol organisasinya yang terorganisir dengan baik, tim adalah praktek pelayanan primer berbasis komunitas dimana aturannya tidak pasti. Struktur tim kerja berbeda-beda tergantung dari kebutuhan pasien. Makin kompleks masalah yang dihadapi pasien, makin banyak kolaborasi antar disiplin ilmu akan dibutuhkan (CHSRF, 2006).

Ada hirarki status tertentu yang berlaku di rumah sakit, terutama antara dokter dengan perawat (Edmondson, 2003, Reader et al, 2007). Untuk mencapai keefektifan suatu tim, tiap anggota harus memiliki perannya masing-masing baik itu formal, maupun informal (Belbin's, 2003). Pendekatan ini menunjukkan bahwa tim yang efektif membutuhkan anggota dengan berbagai karakter dan kemampuan. Hal ini sangat berguna bagi tim multidisiplin yang mempunyai nilai dan harapan yang berbeda-beda dalam hal tugas dan pekerjaan. Apabila peran masing-masing anggota tidak didefinisikan dengan jelas akan dapat menjadi masalah. (contohnya: tidak ada yang menjadi pemimpin atau beberapa orang merasa menjadi pimpinan). *Brifing* praturgas dapat digunakan untuk memastikan tugas dan tanggung jawab masing-masing anggota.

Unsur ketiga yaitu norma, ada aturan tidak tertulis yang mengatur perilaku anggota tim. Norma ini berhubungan dengan budaya organisasi dan dapat dinilai melalui kuisioner yang menanyakan tentang perilaku tertentu dalam tim kerja.

Dinamika tim mengacu pada proses psikologis yang menggambarkan interaksi yang terjadi didalam grup, kejadian yang berhubungan dengan perilaku koordinasi, komunikasi, kerjasama, konflik manajemen, pengambilan keputusan. Furnham, 1997 mengatakan bahwa memahami proses tim dapat meningkatkan peluang mendapatkan konsekuensi yang diharapkan dari sebuah grup. Ketika manajer memahami dinamika tim dalam organisasi, mereka dapat membantu timnya untuk mencapai tujuan pegawai. Dinamika tim dipengaruhi oleh budaya organisasi yang menggambarkan pandangan dan persepsi organisasi (Bower et al, 2003).

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi proses tim :

- a) Tujuan bersama – pengertian bersama tentang tujuan dan betapa pentingnya komitmen semua anggota dalam mencapai tujuan tersebut.
- b) Komunikasi – saluran mana yang dipilih dan bagaimana grup terhubung.
- c) Manajemen konflik – Bagaimana konflik dan perbedaan pendapat diatasi. Apakah konflik tersebut mendukung/tidak.

- d) Pembuat keputusan – bagaimana dan oleh siapa.
- e) Evaluasi performa – bagaimana anggota dihargai, secara formal atau informal.
- f) Divisi pekerja – Bagaimana pekerjaan ditugaskan.
- g) Kepemimpinan – Bagaimana pemimpin dipilih dan apa fungsinya.
- h) Monitor proses – Bagaimana tugas di proses dan diperiksa.
- i) Bagaimana umpan baliknya.

Di rumah sakit, definisi dari tim dan kerja tim tergantung bagaimana profesi yang berbeda-beda mengatur pekerjaannya. Makary et al (2006) melaporkan bahwa dokter melakukan kerja tim dengan baik jika suster juga mengantisipasi kebutuhan dokter dan dapat mengikuti instruksi dengan baik. 70-80% kesalahan rumah sakit disebabkan oleh faktor manusia berhubungan dengan kurangnya komunikasi antar tim dan pengertian (Schaefer et al, 1994). Studi terhadap perawat memperlihatkan bahwa kerja tim, komunikasi, dan kepemimpinan merupakan hal penting bagi lingkungan yang aman (Scott-Cawiezell & Vogelsmeier, 2006). Kerja tim yang baik membantu mengurangi masalah keselamatan pasien dan meningkatkan moral anggotanya. Penting bagi manajer dan supervisor memahami bagaimana kerja tim dapat berkembang demi kepastian keselamatan pasien. Dalam menciptakan tim yang

berkualitas, sangat perlu diberikan kesempatan dan fasilitas dimana para praktisi rumah sakit dapat mengembangkan kerja tim.

D. MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

1. PENGERTIAN

Penekanan pada menciptakan budaya yang tepat untuk mendukung keselamatan pasien adalah pengakuan bahwa budaya buruk merupakan faktor risiko yang signifikan yang dapat mengancam keselamatan pasien (Nieva dan Sorra 2003) dan hingga budaya dalam organisasi kesehatan berubah, tidak akan ada yang bisa (Vincent 2005).

Perkembangan indikator budaya keselamatan pasien membutuhkan spesifikasi atribut budaya yang membedakan antara budaya keselamatan "kurang" dan "baik". Model maturitas budaya keselamatan menggambarkan tahap perkembangan budaya keselamatan (Fleming, 2000). Ini berguna untuk organisasi karena memungkinkan organisasi untuk menilai tingkat kematangan mereka saat ini (Paulk et al. 1993) dan untuk mengidentifikasi area kekuatan dan kelemahan tertentu (*National Patient Safety Agency dan School of Psychological Science, University of Manchester 2006*) dan tindakan yang perlu diambil untuk mencapai tingkat kematangan berikutnya (Paulk et al. 1993). Model maturitas budaya keselamatan yang digunakan oleh Ashcroft et al. (2005) menjelaskan tahap-tahap

perkembangan budaya keselamatan; dengan demikian, itu adalah kerangka yang berguna untuk digunakan sebagai dasar indikator budaya keselamatan pasien.

Mancheser Patient Safety Framework, salah satu model maturitas budaya keselamatan yang dikembangkan oleh Ashcroft didasarkan pada karya Westrum (2004) dan Reason (1998). Ashcroft et al. menjelaskan lima tingkat budaya: patologis, reaktif, kalkulatif, proaktif dan generatif. Pada tingkat kematangan patologis, organisasi melihat keselamatan sebagai masalah; mereka menekan informasi dan fokus pada menyalahkan individu untuk mendukung kepentingan pribadi, kekuasaan dan nama baik mereka yang bertanggung jawab. Organisasi pada tingkat reaktif melihat keselamatan adalah penting, tetapi merespon hanya setelah kerusakan yang signifikan telah terjadi. Organisasi kalkulatif cenderung terpaku pada aturan, posisi dan wilayah kekuasaan. Setelah insiden keselamatan telah terjadi, informasi akan diabaikan oleh jenis organisasi ini dan gagal dijelaskan atau diatasi, tanpa penyelidikan lebih jauh.

Organisasi di tingkat proaktif fokus pada upaya mengantisipasi isu-isu keselamatan sebelum terjadi dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan dalam keselamatan. Organisasi generatif aktif mencari informasi untuk memahami mengapa mereka aman dan tidak aman. Penyelidikan terhadap kejadian yang berhubungan dengan

keselamatan berfungsi sebagai sarana untuk membasmi kondisi yang mendasarinya, bukan hanya penyebab langsung dari kegagalan.

Karakteristik organisasi dengan keandalan yang tinggi dapat disamakan dengan karakteristik sebuah organisasi yang telah mencapai kematangan budaya tingkat generatif. Model ini dapat digunakan untuk menggambarkan bagaimana organisasi pada berbagai tingkat kematangan menuju perbaikan budaya keselamatan.

2. MENGUKUR MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN

Berbagai alat pengukuran budaya keselamatan pasien telah banyak dikembangkan. Salah satu alat pengukuran yang mengukur tingkat kematangan budaya keselamatan adalah *Manchester Patient Safety Framework (MAPSAF)* atau *Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool (MaPSCAT)*. MAPSAF adalah alat untuk membantu organisasi pelayanan kesehatan untuk menilai kemajuan mereka dalam mengembangkan budaya keselamatan. Dipromosikan oleh Badan Keselamatan Pasien Nasional (NPSA) di Manchester, UK. Alat ini mengurutkan lima tingkat kematangan budaya keselamatan organisasi.

Perangkat ini dikembangkan dari kajian literatur dan masukan para ahli. Hal ini didasarkan pada kerangka teori dan mendefinisikan budaya keselamatan sesuai dengan 10 dimensi:

- a. Perbaikan terus-menerus
- b. Prioritas diberikan pada keselamatan

- c. Kesalahan sistem dan tanggung jawab individu
- d. Pencatatan insiden
- e. Evaluasi insiden
- f. Pembelajaran dan pengefektifan perubahan
- g. Komunikasi
- h. Manajemen personalia
- i. Pendidikan Staf
- j. Kerja sama tim.

Tabel 4
Tingkatan Maturitas Budaya Keselamatan Pasien
Menurut MaPSaF

Tingkat Maturitas	Pendekatan dalam Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien
Patologis	Belum memiliki sistem yang mendukung keselamatan pasien, lingkungan kerja masih bersifat menyalahkan
Reaktif	Sistem bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya sekedar menjawab akreditasi organisasi dan reaktif terhadap cedera medis yang terjadi
Kalkulatif	Sistem tertata baik, namun implementasinya masih bersifat segmental
Proaktif	Sistem bersifat komprehensif , berskala luas dan melibatkan <i>stakeholder</i> , pendekatan yang berbasis pada bukti (<i>evidence based</i>) sudah diterapkan dalam kegiatan organisasi
Generatif	Budaya keselamatan pasien menjadi misi sentral dalam organisasi, organisasi selalu mengevaluasi efektivitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan dan kesuksesan.

Sumber : Flemming, 2008 dalam Cahyono, 2008

E. RUMAH SAKIT

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Fungsi rumah sakit berdasarkan UU Nomor 44 Tahun 2009 yakni:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.
- c. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- d. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

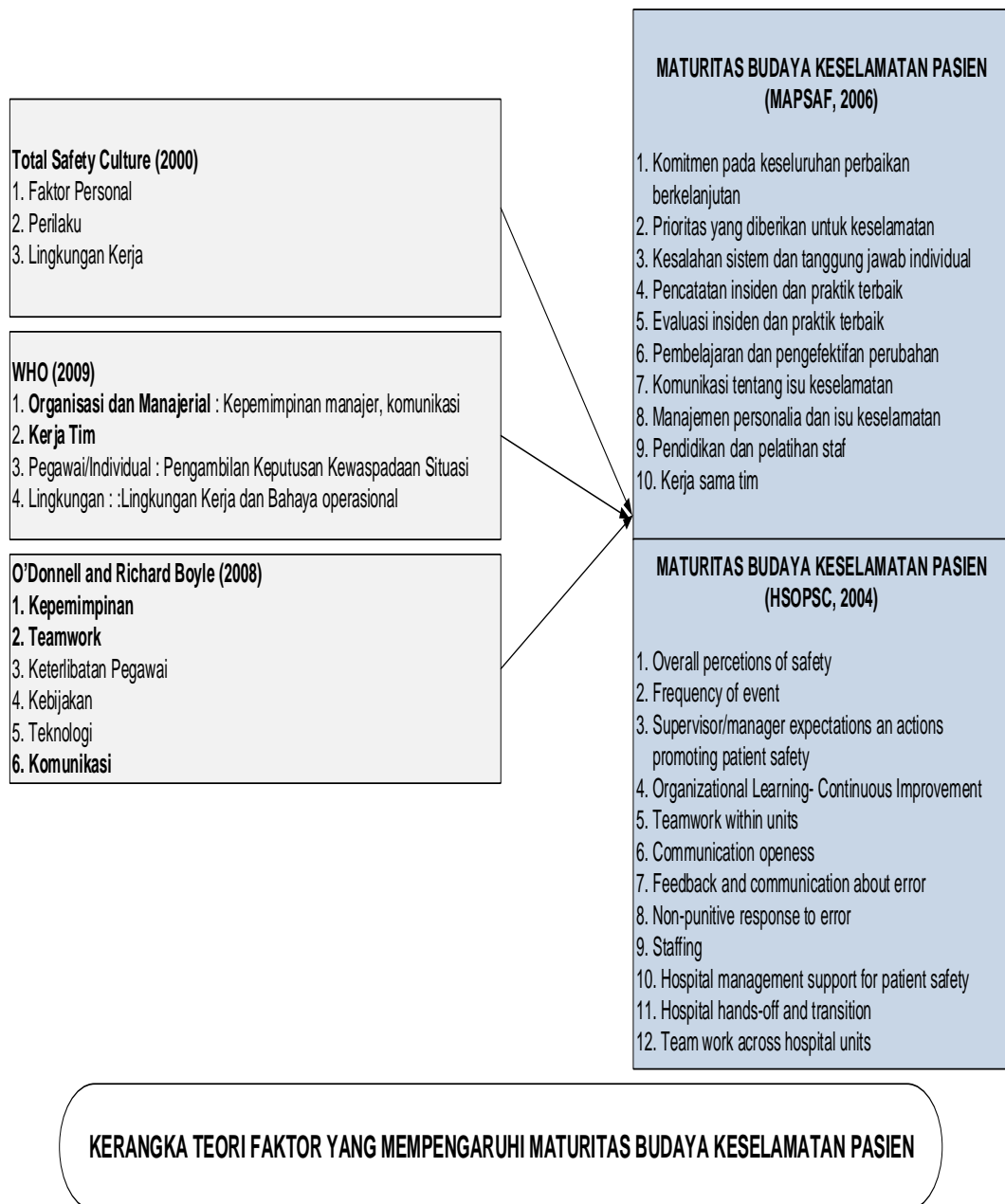
Rumah sakit mempunyai karakteristik yang berbeda dengan perusahaan lain, yaitu di satu pihak sebagai perusahaan yang *core* bisnisnya adalah pelayanan rumah sakit yang harus memberikan *service*

yang sebaik-baiknya kepada masyarakat, di lain pihak harus menjaga kelangsungan hidup kegiatan rumah sakit secara modern, dan tidak tergantung dari subsidi pemerintah atau pihak ketiga.

Adanya kemajuan teknologi disertai dengan penggunaan cara-cara baru dibidang diagnostik dan teraupetik mengharuskan rumah sakit mempekerjakan berbagai profesi kedokteran dan profesi lain sehingga rumah sakit menjadi organisasi padat karya spesialis dan merupakan tempat dimana terjadi proses pengubahan dari masukan menjadi luaran. Masukan utama adalah dokter, perawat personil lainnya, prasarana, sarana peralatan dan sebagainya merupakan bagian dari rumah sakit.

Sesuai dengan UU No.44 Tahun 2009, Rumah Sakit di Indonesia dapat dibedakan atas beberapa macam. Ditinjau dari pemilikinya maka Rumah Sakit di Indonesia dapat dibedakan menjadi dua yaitu : Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta. Rumah sakit Pemerintah yang dimaksudkan disini dapat dibedakan atas dua macam yaitu : Rumah Sakit Pemerintah Pusat dan Rumah Sakit Pemerintah Daerah. Rumah Sakit Pemerintah Pusat dan Daerah dapat diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit umum kelas A, B, C dan kelas D.

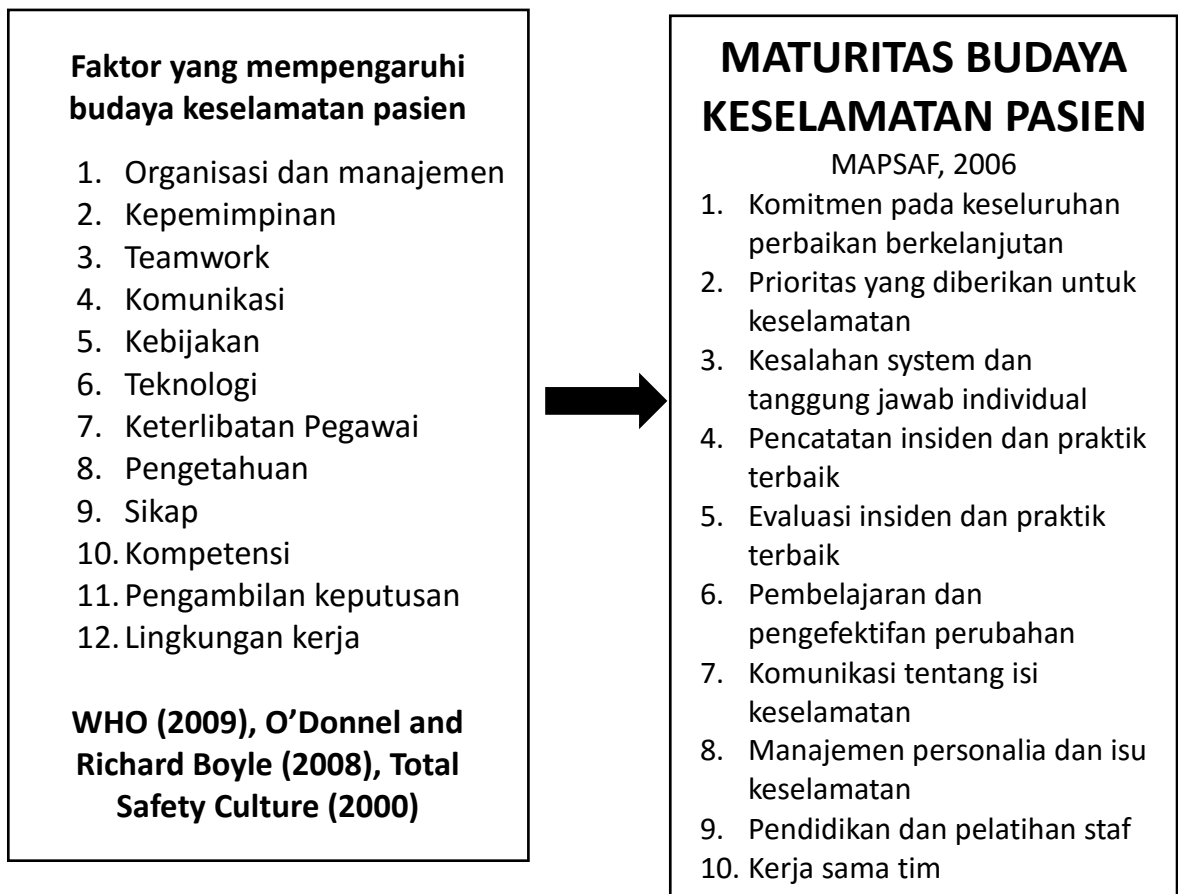
F. MAPPING THEORY



Gambar 4 Mapping Theory Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Maturitas Budaya Keselamatan

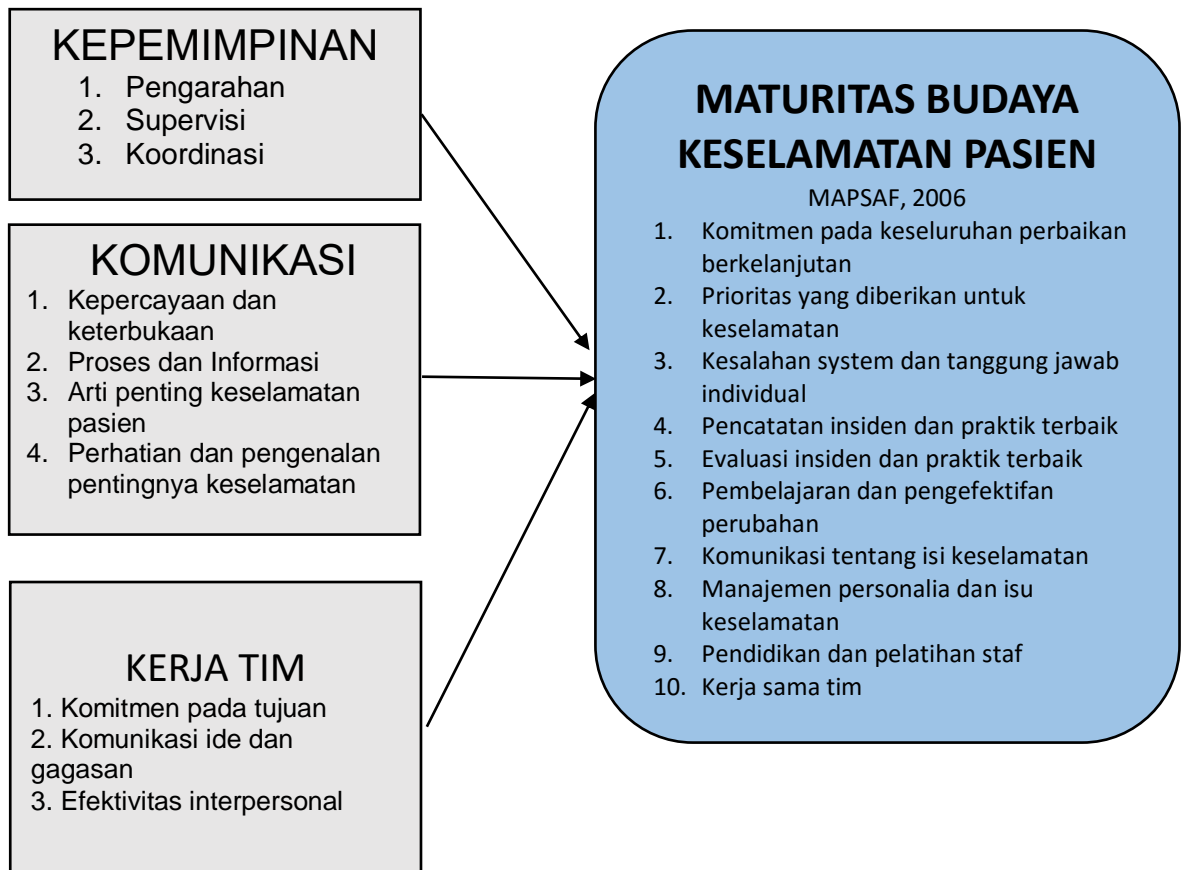
G. KERANGKA TEORI

Dari beberapa teori yang telah menjabarkan faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien tersebut, dan dengan mengukur maturitas budaya keselamatan pasien menggunakan perangkat MAPSAF maka disusunlah kerangka teori yang tertera di bawah ini:



Gambar 5
Modifikasi Teori Faktor yang Mempengaruhi Maturitas Budaya Keselamatan Pasien WHO (2009), O'Donnell and Richard Boyle (2008), Total Safety Culture (2000) MAPSAF (2006)

H. KERANGKA KONSEPTUAL



Keterangan :

VARIABEL INDEPENDEN

VARIABEL DEPENDEN

Gambar 6
Kerangka Konsep

I. HIPOTESIS PENELITIAN

1. Ada pengaruh kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M. Parikesit Tenggarong
2. Ada pengaruh komunikasi terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M. Parikesit Tenggarong
3. Ada pengaruh kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M. Parikesit Tenggarong

J. DEFINISI OPERASIONAL DAN KRITERIA OBJEKTIF

Tabel 5
Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim Dan Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif
1	Kepemimpinan	Kemampuan atasan/kepala instalasi untuk mempengaruhi /mengarahkan staffnya untuk berpartisipasi dalam mencapai tujuan organisasi mewujudkan keselamatan pasien Indikator penilaian : a. Pengarahan b. Supervisi c. Koordinasi	Kuesioner dengan 11 butir pertanyaan skala pengukuran menggunakan skala likert. 1=Sangat Tidak Setuju 2=Tidak Setuju 3=Setuju 4=Sangat Setuju	Skor tertinggi: $11 \times 4 = 44$ Skor terendah: $11 \times 1 = 11$	1. Kurang Baik : jika skor responden < 30 2. Baik : jika skor ≥ 30
2	Komunikasi	Proses transfer informasi, ide, dan gagasan oleh staf yang mendukung terwujudnya dalam proses pelayanan pasien. Indikator penilaian : a. Kepercayaan dan keterbukaan b. Proses dan alur informasi yang baik c. Persepsi bersama tentang arti penting keselamatan pasien d. Perhatian dan pengenalan pada pentingnya kesalahan.	Kuesioner dengan 8 butir pertanyaan skala pengukuran menggunakan skala likert. 1=Sangat Tidak Setuju 2=Tidak Setuju 3=Setuju 4=Sangat Setuju	Skor tertinggi: $8 \times 4 = 32$ Skor terendah: $8 \times 1 = 8$	1. Kurang Baik : jika skor responden < 24 2. Baik : jika skor ≥ 24

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif
3	Kerja Tim	Proses dinamis yang melibatkan antar staf yang berkomitmen untuk melakukan pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien a. Komitmen pada tujuan b. Komunikasi ide dan gagasan c. Efektivitas interpersonal	Kuesioner dengan 5 butir pertanyaan skala pengukuran menggunakan skala likert. 1=Sangat Tidak Setuju 2=Tidak Setuju 3=Setuju 4=Sangat Setuju	Skor tertinggi: $5 \times 4 = 20$ Skor terendah: $5 \times 1 = 5$	1. Kurang Baik : jika skor responden < 16 2. Baik : jika skor ≥ 16
4	Maturitas Budaya Keselamatan Pasien	Gambaran mengenai pencapaian budaya keselamatan pasien terlaksana di rumah sakit a. Perbaikan terus-menerus b. Prioritas diberikan pada keselamatan c. Kesalahan sistem dan tanggung jawab individu d. Pencatatan insiden e. Evaluasi insiden f. Pembelajaran dan pengefektifan perubahan g. Komunikasi h. Manajemen personalia i. Pendidikan Staf j. Kerja sama tim. k. Respon non-punitive l. Serah terima	Kuesioner dengan 35 butir pertanyaan skala pengukuran menggunakan skala likert. 1=Sangat Tidak Setuju 2=Tidak Setuju 3=Setuju 4=Sangat Setuju	Skor tertinggi: $35 \times 4 = 140$ Skor terendah: $35 \times 1 = 35$	1. Kurang Baik : jika skor responden < 119 2. Baik : jika skor ≥ 119

K. MATRIKS PENELITIAN

Tabel 6
Matriks Penelitian Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi dan Kerja Tim terhadap
Maturitas Budaya Keselamatan Pasien di RSUD AM. Parikesit Tenggarong

No	Judul/ Penulis	Tujuan	Variabel	Jenis Penelitian dan Analisis Data	Hasil	Persamaan dan Perbedaan Penelitian
1	Kerjasama tim dalam budaya keselamatan pasien Di rs x (studi kualitatif di suatu rsud di propinsi jawa barat) Apriningsih, desmawati, mohama d joesro, 2013	Mengeksplorasi secara kualitatif tentang pentingnya kerjasama tim dalam implementasi budaya keselamatan pasien di RSUD "X".	1. Komunikasi 2. Kepercayaan/trust 3. Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan 4. Kesadaran individual	<i>Kualitatif</i>	Belum ada komunikasi khusus untuk <i>patient safety</i> dari pimpinan, hanya rapat bulanan secara umum saja dan keselamatan pasien menjadi agenda di dalamnya bila ada kebutuhan selain itu ada <i>post conference</i> saat pergantian <i>shift</i> sebagai saluran komunikasi. Namun demikian keterbukaan dan keadilan yang menjadi dasar dalam budaya keselamatan pasien sudah mulai terbentuk. Manager dan pimpinan tim keselamatan pasien perlu untuk melakukan pendekatan sistem, bertindak tidak dengan menyalahkan seseorang	Persamaan : meneliti budaya keselamatan pasien dengan indikator kerjasama tim Perbedaan : penelitian tersebut hanya menggambarkan peran kerja tim dalam budaya keselamatan pasien sedangkan peneliti akan melakukan uji pengaruh.

No	Judul/ Penulis	Tujuan	Variabel	Jenis Penelitian dan Analisis Data	Hasil	Persamaan dan Perbedaan Penelitian
					yang di sebabkan ketidakmampuannya atau kurang motivasi, namun berfokus pada aspek desain sistem yang buruk sebagai penyebab masalah.	
2	<p>Hubungan kepemimpinan efektif Head nurse dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr Cipto Mangunkusomo Jakarta</p> <p>Dwi Setiowati</p> <p>2010</p>	Mengetahui hubungan kepemimpinan efektif dengan penerapan budaya keselamatan pasien.	<p>1. Kepemimpinan efektif (Pengetahuan, kesadaran, komunikasi, penggunaan energy, penentuan tujuan dan pengambilan tindakan)</p> <p>2. Budaya keselamatan pasien (kerja sama, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum terhadap kesalahan, pelaporan kejadian)</p>	<i>Kuantitatif, Analisis data dengan Pearson, Spearman t Independent dan regresi linear</i>	Menunjukkan bahwa ada hubungan lemah dan positif antara kepemimpinan efektif dengan penerapan budaya keselamatan pasien.	<p>Persamaan : meneliti penerapan budaya keselamatan pasien dengan indikator kepemimpinan <i>Head Nurse</i></p> <p>Perbedaan : penelitian tersebut menilai kepemimpinan kepala ruang perawatan saja, namun peneliti akan menilai kepemimpinan <i>top management</i>. Selain itu hanya melakukan uji bivariate sedangkan peneliti melakukan uji pengaruh.</p>

No	Judul/ Penulis	Tujuan	Variabel	Jenis Penelitian dan Analisis Data	Hasil	Persamaan dan Perbedaan Penelitian
3	Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah- 'Aisyiyah Rachmawati (2011)	Mengukur Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah- 'Aisyiyah	<u>Dependen:</u> Budaya Keselamatan Pasien <u>Inependen:</u> a. Kepemimpinan Transformasional b. Kerjasama tim c. Kesadaran individu	Kuantitatif	a. Terdapat pengaruh kepemimpinan transformasional secara signifikan dengan budaya keselamatan pasien. b. Terdapat pengaruh kerjasama tim secara signifikan dengan budaya keselamatan pasien c. Terdapat pengaruh kesadaran individu secara signifikan dengan budaya keselamatan pasien d. Terdapat pengaruh kepemimpinan transformasional, kerjasama tim dan kesadaran	Persamaan : mengukur budaya keselamatan pasien dan juga melakukan uji pengaruh kepemimpinan terhadap budaya keselamatan pasien Perbedaan : penelitian tersebut memiliki variable tambahan yaitu kesadaran individu sedangkan peneliti hanya melakukan uji pengaruh pada variable kepemimpinan dan kerja tim.

No	Judul/ Penulis	Tujuan	Variabel	Jenis Penelitian dan Analisis Data	Hasil	Persamaan dan Perbedaan Penelitian
					individu secara bersama dengan budaya keselamatan pasien.	
4	<p><i>Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals</i></p> <p>El-Jardali—et. al. (2011)</p>	Menganalisis factor predictors dan outcome dari keselamatan pasien di rumah sakit	<p><u>Dependen:</u></p> <p>a. Peringkat patient safety</p> <p>b. Jumlah kejadian yang dilaporkan</p> <p><u>Independen:</u></p> <p>a. Harapan manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien</p> <p>b. Pembelajaran organisasi-peningkatan berkelanjutan</p> <p>c. Kerjasama tim dalam unit</p> <p>d. Keterbukaan komunikasi</p> <p>e. Umpan balik dan komunikasi terhadap <i>error</i></p>	Kuantitatif, cross sectional	Korelasi yang signifikan diperoleh antara semua variabel budaya keselamatan pasien tetapi ada perbedaan dalam kekuatan korelasi.. Korelasi yang signifikan juga diamati oleh model linier campuran dari variabel-variabel yang sama terhadap frekuensi, kejadian dilaporkan dan persepsi keamanan secara keseluruhan.	<p>Persamaan : mengukur budaya keselamatan pasien</p> <p>Perbedaan : penelitian tersebut menggunakan variable dependen yang berbeda yaitu peringkat <i>patient safety</i> dan jumlah kejadian yang dilaporkan. Selain itu dalam mengukur budaya keselamatan pasien penelitian tersebut menggunakan alat ukur HSOPSC.</p>

No	Judul/ Penulis	Tujuan	Variabel	Jenis Penelitian dan Analisis Data	Hasil	Persamaan dan Perbedaan Penelitian
			<ul style="list-style-type: none"> f. Respon tidak menyalahkan g. Dukungan manajemen rumah sakit untuk <i>patient safety</i> h. Penyerahan dan pemindahan pasien i. Kerjasama tim antar unit 			
5	<p>The First Study of Patient Safety Culture in Iranian Primary Health Centers</p> <p>Narges Tabrizchi and Mojtaba Sedaghat (2012)</p>	Menganalisis factor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> a. Kerjasama tim antar unit b. Dukungan supervisor c. <i>Staffing</i> d. Respon tidak menyalahkan e. Umpan balik dan komunikasi f. Keterbukaan komunikasi g. Kerja sama tim dalam unit 	<i>Kuantitatif, Cross-sectional</i>	Presentasi tertinggi yaitu pada kerja sama antar unit dan yang terendah yaitu respon tidak menyalahkan	<p>Persamaan : mengukur budaya keselamatan pasien dengan indicator kerja sama tim</p> <p>Perbedaan : dalam mengukur budaya keselamatan pasien penelitian tersebut menggunakan alat ukur HSOPSC.</p>
6	Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap	Menjelaskan gaya kepemimpinan transformasional direktur	<ul style="list-style-type: none"> a. Kepemimpinan b. Budaya Keselamatan Pasien 	<i>Kualitatif</i>	Gaya kepemimpinan transformasional direktur telah	Persamaan : mengukur budaya keselamatan pasien dengan indicator kepemimpinan

No	Judul/ Penulis	Tujuan	Variabel	Jenis Penelitian dan Analisis Data	Hasil	Persamaan dan Perbedaan Penelitian
	Budaya Keselamatan Pasien di RS Hermina Pandanaran	sesuai tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien di RS Hermina Pandanaran			melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, terutama <i>non blaming culture</i> dan budaya belajar dari insiden, tetapi budaya pelaporan belum berjalan dengan baik. Tujuh langkah keselamatan pasien RS belum dilaksanakan seluruhnya, yaitu belum memotivasi staf dengan optimal, menjabarkan langkah- langkah penanganan insiden keselamatan pasien secara langsung di lapangan, menetapkan kebijakan tentang diklat keselamatan pasien, mengembangkan sistem pengelolaan risiko, melaksanakan pelatihan RCA di rumah sakit	Perbedaan : dalam mengukur budaya keselamatan pasien penelitian tersebut menggunakan alat ukur yang berbeda

K. PERBEDAAN DENGAN PENELITIAN TERDAHULU

Perbedaan penelitian ini dibandingkan penelitian terdahulu adalah sebagai berikut.

1. Penelitian terkait kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien belum dilakukan di rumah sakit tempat penelitian.
2. Penelitian ini mencoba melakukan uji pengaruh terkait kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien sepanjang penelusuran penelitian belum dilakukan di rumah sakit di Indonesia.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian survey analitik dengan rancangan survey *cross sectional*. Penelitian ini merupakan studi korelasi menghubungkan dua atau lebih variabel dalam satu kelompok, yaitu menganalisis pengaruh faktor organisasi/manajemen yaitu kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M Parikesit, Tenggarong.

B. LOKASI DAN WAKTU

Penelitian ini akan dilaksanakan di RSUD A.M Parikesit Tenggarong, pada bulan April-Mei 2017.

C. POPULASI DAN SAMPEL

1. POPULASI

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh staf di seluruh unit pelayanan di RS RSUD A.M Parikesit Tenggarong. Rincian populasi sebagaimana ditunjukkan pada tabel 7.

Tabel 7
Rincian Jumlah Populasi Penelitian Pada RSUD A.M Parikesit
Tenggarong

No	Populasi	RSUD A.M Parikesit Tenggarong
1	Instalasi Rawat Inap	175
2	Instalasi Rawat Jalan	31
3	Instalasi Rawat Darurat	73
4	Instalasi Bedah Sentral	42
5	Instalasi Rawat Intensif	51
6	Instalasi Laboratorium	31
7	Instalasi Radiologi	19
8	Instalasi Rehabilitasi Medis	7
9	Instalasi Rekam Medis	44
10	Instalasi Farmasi	63
11	Instalasi PSRS	36
12	Instalasi CSSD	19
13	Instalasi Laundry	24
14	Instalasi Gizi	43
Jumlah		658

Sumber. SDM RSUD A.M Parikesit Tenggarong

Jumlah keseluruhan populasi di RSUD A.M Parikesit Tenggarong adalah 658 orang.

2. SAMPEL

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel yang digunakan pada penelitian ini sebagian dari staf dari unit pelayanan yang ada di RSUD A.M Parikesit Tenggarong. Untuk menentukan besar sampel penelitian, maka digunakan rumus *Lamshow* yaitu :

Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus *Lamshow* sebagai berikut.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2(N-1) + z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Keterangan :

N	=	Besar populasi
Z	=	Tingkat kepercayaan 90% (2,58)
P	=	Perkiraan proporsi populasi 0,5
Q	=	$1 - P = 1 - 0,5 = 0,5$
D	=	Derajat ketepatan atau tingkatan ketelitian 10% (0,1) (Lameshow, 1997)

Besar sampel untuk RSUD A.M Parikesit Tenggarong adalah sebagai berikut.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot PQ}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot PQ}$$
$$= \frac{658 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 \cdot (658 - 1) + (1,96)^2 \cdot (0,5)(0,5)} = 177.35 \sim 178 \text{ orang}$$

Dimana:

n = Jumlah sampel yang dicari

N = Jumlah populasi

d = Derajat Presisi/kesalahan yang diinginkan (1 %, 5%, dan 10 %)

Z = Tingkat kemaknaan (1,96)

P=Q = 0,5

Adapun untuk memperoleh sampel yang proporsional pada setiap subpopulasi peneliti menggunakan rumus Sugiyono (2012).

$$\text{Jumlah Sampel Subpopulasi} = \frac{\text{Jumlah Subpopulasi}}{\text{Jumlah Populasi}} \times \text{Jumlah Sampel}$$

Perhitungan sampel dapat dilihat pada table berikut .

Tabel 8
Rincian Jumlah Sampel Penelitian Pada
RSUD A.M Parikesit Tenggarong

No	Instalasi / Unit Kerja	RSUD A.M Parikesit	
		Populasi	Sampel
1	Instalasi Rawat Inap	175	48
2	Intstalasi Rawat Jalan	31	8
3	Instalasi Rawat Darurat	73	20
4	Instalasi Bedah Sentral	42	11
5	Instalasi Rawat Intensif	51	14
6	Instalasi Laboratorium	31	8
7	Instalasi Radiologi	19	5
8	Instalasi Rehabilitasi Medis	7	2
9	Instalasi Rekam Medis	44	12
10	Instalasi Farmasi	63	17
11	Instalasi PSRS	36	10
12	Instalasi CSSD	19	5
13	Instalasi Laundry	24	6
14	Instalasi Gizi	43	12
Jumlah		658	177

Sumber :Data Primer

Teknik sampling yang digunakan adalah *proporsional random sampling* yaitu pengambilan sampel yang memperhatikan pertimbangan unsur-unsur atau kategori dalam populasi penelitian. Pertimbangan yang akan dijadikan sampel yaitu pegawai yang dianggap berkompentensi menjawab pernyataan kuesioner yakni masing-masing unit kerja, merupakan staf memiliki masa kerja lebih dari 3 tahun, , dimana menurut Handoko (2007), jika masa kerja > 3 tahun artinya sudah dianggap lama bekerja (masa kerja kategori lama). Masa kerja yang lebih lama

menunjukkan pengalaman kerja yang lebih dari seseorang dibanding rekannya yang baru dan ini akan mempengaruhi perilakunya dalam bekerja.

D. SUMBER DATA

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diambil secara langsung oleh peneliti dari sumbernya yang diperoleh melalui teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner, dan wawancara.

Data primer diambil dari hasil penyebaran kuesioner dan untuk mendapatkan informasi tentang pengaruh faktor organisasi dan maturitas budaya keselamatan pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang tidak diambil secara langsung oleh peneliti tetapi melalui pihak kedua. Sumber data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari laporan dan dokumen rumah sakit serta instansi yang terkait dalam penelitian ini, yang meliputi profil rumah sakit, dan data SDM.

E. INSTRUMEN PENELITIAN

Instrumen yang digunakan dalam pengambilan data yaitu kuesioner, mengenai variabel independen yang berupa faktor organisasi

sedangkan variabel dependen yaitu maturitas budaya keselamatan pasien.

Pengukuran yang digunakan dalam proses pengolahan data adalah dengan menggunakan skala likert, dimana responden menyatakan tingkat setuju atau tidak setuju mengenai berbagai objek mengenai perilaku obyek, orang, atau kejadian.

Skala Likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Pada penelitian ini responden memilih salah satu dari jawaban yang tersedia, kemudian jawaban diberi skor tertentu. Skor responden yang ditafsirkan sebagai posisi responden dalam skala likert:

Sangat Tidak Setuju (STS)	= 1
Tidak Setuju (TS)	= 2
Setuju (S)	= 3
Sangat Setuju (SS)	= 4

F. UJI VALIDITAS DAN RELIBIALITAS INSTRUMEN

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui apakah alat ukur yang telah disusun benar-benar mengukur apa yang perlu diukur. Uji validitas berguna untuk menentukan seberapa cermat suatu alat melakukan fungsi ukurannya. Untuk kasus dalam penelitian ini, peneliti melakukan penilaian validitas kuesioner dengan teknik pengujian validitas *Korelasi Bivariate Pearson (Produk Momen Pearson)*. Setiap item dianggap

signifikan apabila nilai P yang diperoleh lebih kecil dari nilai α (0,05) (Priyatno, 2008). Uji validitas akan dilakukan di RSUD Taman Husada Bontang yang merupakan rumah sakit kelas B setara dengan RS A.M Parikesit Tenggarong, adapun jumlah sampel yang akan diambil yaitu 10 % dari jumlah sampel penelitian yaitu $10\% \times 177 = 18$ orang.

Setelah dilakukan uji validitas yang dilaksanakan di RSUD Taman Husada Bontang dengan jumlah sampel 18 orang, selanjutnya akan dilakukan uji reliabilitas instrument atas pertanyaan atau pernyataan yang digunakan dalam penelitian ini, selanjutnya dilakukan uji reliabilitas. Uji reliabilitas bertujuan untuk mengetahui apakah alat pengumpul data pada dasarnya menunjukkan tingkat ketepatan, keakuratan, kestabilan atau konsistensi alat tersebut dalam mengungkapkan gejala tertentu dari sekelompok individu, walaupun dilakukan pada waktu yang berbeda. Hasil uji akan dianggap signifikan apabila nilai P yang diperoleh lebih besar dari nilai α (0,05) (Priyatno, 2008).

Tabel 9
Uji Validitas dan Reliabilitas Pernyataan Kepemimpinan

Item Pertanyaan	Validitas			Reliabilitas	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
Item1	.374	.000	Valid	.732	Reliable
Item2	.340	.000	Valid	.730	Reliable
Item3	.307	.000	Valid	.731	Reliable
Item4	.300	.000	Valid	.731	Reliable
Item5	.420	.000	Valid	.730	Reliable
Item6	.422	.000	Valid	.730	Reliable
Item7	.490	.000	Valid	.728	Reliable
Item8	.396	.000	Valid	.730	Reliable
Item9	.490	.000	Valid	.730	Reliable
Item10	.459	.000	Valid	.730	Reliable

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel diketahui bahwa dari 10 item pertanyaan untuk mengukur kepemimpinan dinyatakan valid, karena nilai Sig.(2-tailed) < 0.05 dan reliable (nilai alpha > 0.05), sehingga 10 item dapat digunakan di kuesioner.

Tabel 10
Uji Validitas dan Reliabilitas Pernyataan Komunikasi

Item Pertanyaan	Validitas			Reliabilitas	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
Item1	.350	.000	Valid	.731	Reliable
Item2	.424	.000	Valid	.730	Reliable
Item3	.396	.000	Valid	.730	Reliable
Item4	.384	.000	Valid	.730	Reliable
Item5	.532	.000	Valid	.728	Reliable
Item6	.510	.000	Valid	.729	Reliable
Item7	.487	.000	Valid	.729	Reliable
Item8	.431	.000	Valid	.729	Reliable

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel diketahui bahwa dari 8 item pertanyaan untuk mengukur komunikasi dinyatakan valid, karena nilai Sig.(2-tailed) < 0.05 dan reliable (nilai alpha > 0.05), sehingga 8 item dapat digunakan di kuesioner.

Tabel 11
Uji Validitas dan Reliabilitas Pernyataan Kerja TIm

Item Pertanyaan	Validitas			Reliabilitas	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
Item1	.447	.000	Valid	.729	Reliable
Item2	.474	.000	Valid	.729	Reliable
Item3	.473	.000	Valid	.730	Reliable
Item4	.514	.000	Valid	.729	Reliable
Item5	.486	.000	Valid	.729	Reliable

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel diketahui bahwa dari 16 item pertanyaan untuk mengukur kerja tim dinyatakan valid, karena nilai Sig.(2-tailed) < 0.05 dan reliable (nilai alpha > 0.05), sehingga item dapat digunakan di kuesioner.

Tabel 12
Uji Validitas dan Reliabilitas Pernyataan
Maturitas Keselamatan Pasien

Item Pertanyaan	Validitas			Reliabilitas	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
Item1	.509	.000	Valid	.728	Reliable
Item2	.525	.000	Valid	.728	Reliable
Item3	.340	.000	Valid	.730	Reliable
Item4	.530	.000	Valid	.729	Reliable
Item5	.584	.000	Valid	.729	Reliable
Item6	.519	.000	Valid	.729	Reliable
Item7	.462	.000	Valid	.730	Reliable
Item8	.455	.000	Valid	.728	Reliable
Item9	.491	.000	Valid	.728	Reliable
Item10	.357	.000	Valid	.729	Reliable
Item11	.415	.000	Valid	.730	Reliable
Item12	.363	.000	Valid	.731	Reliable
Item13	.396	.000	Valid	.731	Reliable
Item14	.156	.000	Valid	.732	Reliable
Item15	.296	.000	Valid	.731	Reliable
Item16	.452	.000	Valid	.729	Reliable
Item17	.474	.000	Valid	.730	Reliable
Item18	.481	.000	Valid	.730	Reliable
Item19	.455	.000	Valid	.729	Reliable
Item20	.387	.000	Valid	.731	Reliable
Item21	.525	.000	Valid	.729	Reliable
Item22	.464	.000	Valid	.730	Reliable
Item23	.506	.000	Valid	.729	Reliable
Item24	.318	.000	Valid	.730	Reliable
Item25	.239	.001	Valid	.733	Reliable
Item26	.240	.001	Valid	.731	Reliable
Item27	.430	.000	Valid	.729	Reliable
Item28	.392	.000	Valid	.730	Reliable
Item29	.433	.000	Valid	.730	Reliable
Item30	.355	.000	Valid	.730	Reliable
Item31	.439	.000	Valid	.729	Reliable
Item32	.390	.000	Valid	.728	Reliable
Item33	.444	.000	Valid	.729	Reliable
Item34	.548	.000	Valid	.728	Reliable
Item35	.323	.000	Valid	.733	Reliable
Item36	.172	.023	Valid	.732	Reliable
Item37	.335	.000	Valid	.733	Reliable
Item38	.169	.025	Valid	.732	Reliable
Item39	.276	.000	Valid	.731	Reliable
Item40	.319	.000	Valid	.730	Reliable
Item41	.153	.043	Valid	.732	Reliable

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel diketahui bahwa dari 41 item pertanyaan untuk mengukur maturitas keselamatan pasien dinyatakan valid, karena nilai

Sig.(2-tailed) < 0.05 dan reliable (nilai alpha > 0.05), sehingga 41 item dapat digunakan di kuesioner.

G. UJI NORMALITAS DATA

Uji normalitas digunakan untuk menentukan jenis uji yang akan digunakan. Dalam hal ini peneliti menggunakan metode analitik, karena metode analitik dapat menghindarkan peneliti dari prasangka subjektif. Metode analitik yang digunakan untuk mengetahui sebaran data normal atau tidak adalah dengan *one sample Kolmogorov-Smirnov* apabila responden ≥ 50 dan menggunakan uji *Shapiro Wilk* apabila responden < 50. Sebaran data dikatakan normal apabila nilai P yang diperoleh lebih besar dari nilai α (0.05). Hasil uji normalitas data variabel dapat dilihat pada tabel 9 berikut.

Tabel 13
Uji Normalitas Data

Item	Kolmogorov-Smirnov	
Variabel	Sig	Keterangan
Kepemimpinan	.000	Data tidak berdistribusi normal
Komunikasi	.000	Data tidak berdistribusi normal
Kerja Tim	.000	Data tidak berdistribusi normal
Maturitas Keselamatan Pasien	.000	Data tidak berdistribusi normal

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 12 diketahui bahwa semua variabel memiliki nilai α lebih kecil dari 0.05 yang artinya data tidak berdistribusi normal sehingga peneliti menggunakan uji nonparametrik.

H. PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

1. Pengolahan Data

Data yang terkumpul diolah dengan menggunakan SPSS kemudian pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. *Editing*, data yang ada pada kuesioner diperiksa kelengkapan jawabannya, dan keterbacaan tulisan
- b. *Koding*, memberikan kode berkenaan dengan memberikan nomor atau simbol lainnya bagi jawaban-jawaban yang masuk sehingga jawaban dapat dikelompok ke dalam sejumlah kelas atau kategori yang terbatas. Koding dilakukan untuk memberikan kode pada atribut dari variabel untuk memudahkan analisa.
- c. *Entry*, data kemudian diinput kedalam lembar kerja program SPSS, untuk masing-masing variabel.
- d. *Cleaning*, dilakukan pada semua lembar kerja untuk membersihkan kesalahan yang mungkin terjadi selama proses input data. Proses ini dilakukan melalui analisis frekuensi pada semua variabel. Data missing dibersihkan dengan menginput data yang benar.
- e. *Tabulating*

Tabulating adalah mengelompokkan data sesuai dengan tujuan penelitian, kemudian dimasukkan dalam tabel yang sudah disiapkan.

2. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran umum masalah penelitian dengan cara mendeskripsikan tiap-tiap variabel yang digunakan dalam penelitian dan karakteristik dari responden.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat keterkaitan antar variabel dependen dan variabel independen, melihat hubungan dua variabel yaitu antara variabel independen yaitu faktor organisasi dan variabel dependen yaitu maturitas budaya keselamatan pasien.

3. Analisis Multivariat

Analisis yang digunakan untuk melihat pengaruh variable independen dan variabel dependen dan adalah analisis regresi linear, yakni menganalisis pengaruh variabel faktor organisasi terhadap variabel maturitas budaya keselamatan pasien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

Awal berdirinya, RSUD A.M Parikesit merupakan balai pengobatan milik Kerajaan Kutai. Ketika itu, didirikan dengan maksud untuk melayani kebutuhan pelayanan kesehatan di kalangan istana serta menyajikan pelayanan kesehatan secara cuma-cuma kepada masyarakat Kutai pada umumnya. Pada zaman Belanda, balai pengobatan ini kemudian di beri nama Parikesit Hospital yang di ambil dari nama Raja Kutai yang memerintah pada tahun 1920 - 1960. Setelah Kemerdekaan, Rumah Sakit milik Kerajaan tersebut diserahkan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Kutai oleh Raja Kutai yang bertahta saat itu.

Beberapa *milestone* penting dari sejarah perkembangan Rumah Sakit A.M. Parikesit yaitu ketika pada tahun 2004 berubah menjadi Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah A.M. Parikesit sesuai dengan Peraturan Daerah No. 6 Tahun 2002.

Selanjutnya pada tahun 2004, kelas Rumah Sakit yang tadinya tipe D meningkat menjadi tipe C. Pada periode 1999 - 2004 rumah sakit yang mulanya hanya memiliki ahli bedah dan kebidanan berhasil ditambahkan dengan berbagai dokter spesialis lainnya. Selanjutnya pada tahun 2009 RSUD A.M Parikesit berkembang lagi menjadi tipe B dan selama periode

2004 - 2013 mulai menginisiasi fokus pada pasien melalui penerapan pelayanan prima.

Sejak saat itu, jumlah pasien semakin banyak sehingga rumah sakit yang berkapasitas 200 tempat tidur di jalan Imam Bonjol tidak memadai lagi, Pemerintah Kabupaten Kutai Kartanegara kemudian membangun gedung baru di kecamatan Tenggarong Seberang dengan kapasitas 400 tempat tidur yang resmi di tempati pada 28 Desember 2015.

Letak rumah sakit berada di Jalan Ratu Agung No. 1 Desa Teluk Dalam, Kecamatan Tenggarong Seberang Kabupaten Kutai Kartanegara. Rumah sakit ini memiliki luas bangunan 27.749,44 m², di atas lahan seluas 7 hektar. Terdiri dari 8 (delapan) gedung yang menurut penamaannya terdiri dari : gedung Merak, gedung Garuda, gedung Elang, gedung Rajawali, gedung Punai, gedung Enggang, gedung IPSRS dan gedung fasilitas Laundry, Farmasi dan Gizi. Dari penamaan gedung-gedung sesuai penamaan diatas memiliki kegunaan masing-masing, berikut ; Dari penamaan gedung-gedung sesuai penamaan diatas memiliki kegunaan masing-masing sebagai berikut ;

1. Gedung Merak digunakan untuk Poliklinik, Instalasi rekam medik dan Auditorium.
2. Gedung Garuda digunakan untuk kantor administrasi dan managerial.

3. Gedung Elang digunakan untuk Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Rawat inap 2 (Maternitas) dan Instalasi Rawat Intensif.
4. Gedung Rajawali digunakan untuk gedung penunjang medis yaitu Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium, Unit Hemodialisa, Depo Rawat Inap, Kasir Rawat Inap, fasilitas umum seperti kantin dan lain-lain.
5. Gedung Punai digunakan untuk Instalasi Rawat Inap atau tempat perawatan pasien rawat inap terdiri dari kelas 1, kelas 2 dan kelas 3, *Parikesit Mother care*, *Parikesit Resto*, Instalasi Rehabilitasi Medik dan *Medical check up (MCU)*.
6. Gedung Enggang digunakan untuk Instalasi Rawat Inap atau tempat perawatan pasien rawat inap, terdiri dari ruang VVIP, ruang VIP, kelas 1, kelas 2 dan kelas 3, .
7. Gedung IPSRS digunakan untuk Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.
8. Gedung fasilitas Laundry, Farmasi dan Gizi digunakan untuk Instalasi Gizi, Laundry, Instalasi Farmasi, dan lain-lain.
9. Gedung I digunakan untuk Instalasi Kesehatan lingkungan dan Generator set.

Visi RSUD AM. Parikesit Kabupaten Kutai Kartanegara tahun 2016 - 2021 yaitu “Menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Terkemuka yang dikelola secara Profesional”. Untuk menjadi rumah sakit rujukan terpercaya maka

diharapkan RSUD AM. Parikesit lebih maju dibandingkan dengan rumah sakit lain yang berada di sekitarnya, memiliki sarana dan prasarana yang lebih maju dan modern serta sumber daya manusia yang kompeten dengan mengedepankan mutu pelayanan. Yang tertuang dalam visi RSUD AM. Parikesit tahun 2016-2021 maka ditetapkan 3 (tiga) misi yaitu :

1. Menyediakan Pelayanan Kesehatan Paripurna yang Ramah, Cepat dan Profesional,
2. Melaksanakan Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian untuk Peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM),
3. Melaksanakan Tata Kelola yang Baik untuk mewujudkan Kinerja Rumah Sakit yang Sehat.

Tujuan Renstra RSUD AM. Parikesit pada tahun 2016-2021 yang terkait dengan tugas dan fungsi RSUD AM. Parikesit yaitu ;

1. Membaiknya Tata Kelola Rumah Sakit.
2. Peningkatan Kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM).
3. Mewujudkan Pengelolaan Rumah Sakit yang Menjamin Standar Mutu.
4. Meningkatnya Kemandirian Keuangan.

Adapun tata nilai dari RS A.M Parikesit tenggarong yaitu

1. Ramah

Kesediaan untuk melayani dengan sopan, santun dan beretiket

2. Peduli

Kesadaran untuk turut merasa memiliki, terlibat secara aktif serta bertanggung jawab terhadap rumah sakit.

3. Profesional

Memiliki keinginan yang tinggi untuk mengubah pengetahuannya menjadi karya nyata.

4. Rendah Hati

Kemampuan untuk dapat menerima sesuatu yang tidak sesuai dengan keinginan pribadi.

5. Integritas

Kemampuan untuk memenuhi apapun yang dijanjikan dalam kondisi apapun.

B. HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit A.M Parikesit dengan jumlah sampel sebesar 177 responden. Hasil penelitian dapat diuraikan sebagai berikut.

1. Karakteristik Responden

Analisis ini bertujuan untuk menilai beberapa karakteristik umum sampel meliputi jenis kelamin, usia, tingkat Pendidikan terakhir, dan masa kerja di rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terhadap 177 sampel dari semua unit pelayanan yang terdiri dari tenaga medis, tenaga paramedis dan tenaga lainnya di RSUD A.M Parikesit Kabupaten

Kutai Kartanegara didapatkan karakteristik umum responden di lokasi penelitian disajikan seperti tabel 14 berikut.

Tabel 14
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Rumah Sakit A.M
Parikesit Tahun 2017

Karakteristik Responden	Rumah Sakit A.M Parikesit	
	n	%
Jenis Kelamin		
Laki – laki	57	32,6
Perempuan	118	67,4
Umur		
< 25 tahun	9	5,1
25 – 35 tahun	99	56,6
36 – 45 tahun	43	24,6
46 – 50 tahun	14	8,0
> 50 tahun	10	5,7
Pendidikan Terakhir		
SMA/SMK	42	24,0
D3	91	52,0
S1/D4	32	18,3
Profesi	10	5,7
Masa Kerja		
1-5 tahun	71	40,6
6-10 tahun	50	28,6
11-20 tahun	33	18,9
> 20 tahun	21	12,0

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 14 diketahui bahwa responden terbanyak adalah yang berjenis kelamin wanita dengan distribusi responden sebesar 67,4%, sedangkan responden laki-laki sebesar 32,6%. Dari karakteristik umur responden, responden terbanyak pada rentang usia 25 - 35 tahun sebesar 56,6%. Berdasarkan tingkat pendidikan responden, responden paling

banyak yaitu dengan Pendidikan D3 sebesar 91 %. Berdasarkan masa kerja responden, paling banyak responden bekerja pada rentang 1-5 tahun sebesar 40,6%.

2. Analisis Variabel Penelitian (Uji Univariat)

a. Variabel Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan kegiatan mempengaruhi orang lain untuk bekerja keras dengan penuh kemampuan untuk tujuan kelompok/organisasi (Gillies, 2000). Ada 3 domain perilaku kepemimpinan yang mampu menjadi agen perubahan (*change agent*) bagi perilaku anggota dalam suatu organisasi yakni pengarahan (*direction*), pengawasan (*supervision*), serta koordinasi (*coordination*) (Gillies, 1994).

Gambaran persepsi responden terhadap variabel kepemimpinan dapat dilihat tabel berikut

Tabel 15
Persepsi Responden Terhadap Kepemimpinan di RS A.M Parikesit
Tenggarong Tahun 2017

Kepemimpinan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kurang Baik	48	27,4
Baik	127	72,6
Total	175	100,0

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 15 di atas dapat dijelaskan bahwa meskipun sebagian besar responden memiliki persepsi yang Baik terkait kepemimpinan sebesar 72,6%, akan tetapi responden dengan persepsi yang kurang baik juga masih ada dengan jumlah sebesar 27,4% responden. Adapun distribusi jawaban responden pada sepuluh (10) pernyataan tentang kepemimpinan digambarkan pada tabel berikut :

Tabel 16
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Indikator Variabel
Kepemimpinan di RS A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017

No	Pernyataan	Kepemimpinan							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	N	%	n	%	N	%
A	Pengarahan	1	0,4	21	12,2	135	77,5	17	9,9
B	Supervisi	0	0	13	7,1	139	79,6	23	13,3
C	Koordinasi	0	0	6	3,4	139	79,4	30	17,2

Sumber : Data Primer 2017

Dari tabel 16 dapat dinyatakan bahwa sebagian besar responden menjawab Setuju dan Sangat Setuju terhadap pernyataan tentang kepemimpinan namun masih terdapat jawaban Sangat Tidak Setuju dan Tidak Setuju terhadap beberapa pernyataan pengarahan sebesar 12,2 %, supervisi sebesar 7,1% dan kordinasi sebesar 3,4% dan bila diperinci pada pengarahan pernyataan Wadir pelayanan memberikan penghargaan bagi karyawan yang memiliki kinerja baik dalam meningkatkan program *patient safety* sebesar 25,1 %, hal ini dapat diterangkan secara langsung yang berperan dalam keselamatan pasien adalah kepala unit/instalasi langsung dari unit tersebut, dan variabel supervisi pada pernyataan Wadir pelayanan secara rutin mengadakan pelatihan keselamatan pasien bagi pegawai sebesar 16%, di RS A M Parikesit pelatihan terkait keselamatan pasien sudah dilakukan secara periodik, baik berupa *inhouse training* maupun melakukan peningkatan kompetensi tentang keselamatan pasien terhadap semua staf di unit pelayanan melalui komite mutu rumah sakit, dan setiap rekrutmen karyawan baru materi keselamtan pasien sudah diberikan, tetapi

masih ada karyawan yang belum mendapat untuk pelatihan belum *inhouse training* menunggu penyesuaian jadwal karyawan tersebut.

b. Variabel Komunikasi

Komunikasi adalah Proses penyampaian pesan oleh pemberi pesan kepada penerima pesan melalui media yang menimbulkan efek tertentu. Komunikasi memiliki dua aspek penting, yaitu sikap saat berkomunikasi dan alat untuk berkomunikasi (Wise & Kowalski, 2006). Gambaran persepsi responden terhadap variabel komunikasi dapat dilihat tabel berikut

Tabel 17
Persepsi Responden Terhadap Komunikasi di RS A.M Parikesit
Tenggarong Tahun 2017

Komunikasi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kurang Baik	44	25,1
Baik	131	74,9
Total	175	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel 17 di atas tentang persepsi responden terhadap komunikasi di rumah sakit A M Parikesit dijelaskan bahwa meskipun sebagian besar responden memiliki persepsi yang Baik terkait komunikasi sebesar 74,9%, namun masih tetap ada responden dengan persepsi yang kurang baik sebesar 25,1%.

Adapun distribusi jawaban responden pada pernyataan tentang komunikasi tergambar lebih terperinci pada tabel sebagai berikut :

Tabel 18
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan Tentang
Variabel Komunikasi di RS A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017

No	Pernyataan	Komunikasi							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	N	%	n	%	N	%
A	Kepercayaan dan Keterbukaan	1	0,3	7	4	136	77,7	32	18
B	Proses dan Informasi	1	0,6	5	2,9	130	74,3	39	22,3
C	Arti penting keselamatan pasien	0	0	4	2,3	119	68,0	52	29,8
D	Perhatian dan pengenalan pentingnya keselamatan	1	0,3	28	16	117	66,9	30	16,9

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 18 dapat dinyatakan bahwa sebagian besar responden menjawab Setuju dengan tertinggi sebesar 77,7 % dan Sangat Setuju sebesar 29,8 % terhadap pernyataan tentang komunikasi namun masih terdapat jawaban Sangat Tidak Setuju dan Tidak Setuju terhadap beberapa variabel Kepercayaan dan Keterbukaan sebesar 4 %, Proses dan Informasi sebesar 2,9 %, Arti penting keselamatan pasien sebesar 2,3 % dan Perhatian dan pengenalan pentingnya keselamatan sebesar 16% dan secara lebih terperinci pada beberapa pernyataan seperti pada pernyataan Tidak pernah terjadi masalah sewaktu operan antar unit sebesar 30,3%. Operan antar unit dan serah terima antar shift merupakan permasalahan yang harus terus dibenahi dan sudah dilakukan dengan briefing praturgas dan serah terima antar unit dan antar shift, dan juga membuat grup komunikasi masing-masing unit.

c. Variabel Kerja tim

Kerja tim ialah proses perilaku secara psikologis dari dua orang atau lebih dalam berkolaborasi satu dengan yang lainnya dalam melaksanakan tugas dan upaya mencapai suatu tujuan (Parker, 2007). Kerja tim adalah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih orang dalam suatu aktivitas untuk menyelesaikan suatu tujuan. Hampir semua pekerjaan di rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu. Gambaran tentang persepsi responden terhadap variabel kerja tim dapat dilihat tabel berikut ini

Tabel 19
Persepsi Responden Terhadap Kerja Tim di RS A.M Parikesit
Tenggarong Tahun 2017

Kerja Tim	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kurang Baik	84	48
Baik	91	52
Total	175	100

Sumber : Data Primer

Tabel 19 menggambarkan bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi yang Baik terkait kerja tim dengan jumlah sebesar 52% responden, akan tetapi responden dengan persepsi yang kurang baik juga masih ada sebesar 48%. Gambaran rinci distribusi jawaban responden pada pernyataan tentang kerja tim adalah sebagai berikut :

Tabel 20
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan Tentang
Variabel Kerja Tim di RS A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017

No	Pernyataan	Kerja Tim							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	N	%	n	%	n	%
A	Komitmen Pada tujuan	0	0	1	6	116,5	66,6	58	32,9
B	Komunikasi ide dan gagasan	0	9	5	2,6	106	77,2	36	20,3
C	Efektivitas Interpersonal	1	0,6	3	1,7	135	77,1	36	20,d

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 20 menyatakan bahwa sebagian besar responden menjawab Setuju yaitu tertinggi 77,2 % responden dan Sangat Setuju yaitu 32,9% responden dari lima pernyataan tentang kerja tim namun masih terdapat jawaban Sangat Tidak Setuju pada variabel komitmen pada tujuan sebesar 6 % dan bila dirinci pada semua variabel Tidak Setuju terhadap beberapa pernyataan seperti pegawai merasa nyaman dan tidak kesusahan saat pembagian tugas dengan rekan kerja sebesar 4,6% responden.

d. Variabel Maturitas Keselamatan Pasien

Gambaran tentang rumah sakit pada tiap tingkatan dari budaya keselamatan pasien yang dijabarkan dalam aspek yang disusun oleh tim riset MaPSaF di University of Manchester. Budaya keselamatan pasien merupakan nilai, kepercayaan, yang dianut bersama dan berkaitan dengan struktur organisasi, dan sistem pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma – norma perilaku (Ferguson & Fakelman, 2005). Perkembangan indikator budaya keselamatan pasien membutuhkan

spesifikasi atribut budaya yang membedakan antara budaya keselamatan "kurang" dan "baik". Gambaran persepsi responden terhadap variabel maturitas keselamatan pasien dapat dilihat tabel berikut

Tabel 21
Persepsi Responden Terhadap Maturitas Keselamatan Pasien di RS
A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017

Maturitas Keselamatan Pasien	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kurang Baik	85	48,6
Baik	90	51,4
Total	175	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 21 dapat dijelaskan sebagian besar responden memiliki persepsi yang Baik terkait maturitas keselamatan pasien yaitu sebesar 51,4% responden, akan tetapi responden dengan persepsi yang kurang baik juga masih ada sebesar 48,6% responden. Dari hasil kuesioner ini terlihat bahwa angka kurang baik masih cukup tinggi yang memerlukan perhatian terhadap item atau masalah yang perlu perhatian secara serius. Dan hasil kurang baik ini merupakan masukkan ke rumah sakit untuk melakukan manajemen resiko, antara lain : membentuk tim manajemen resiko yang terdiri dari pihak terkait dengan menunjuk kordinator utama bertugas sebagai fasilitator dan merekrut anggota yang berasal dari berbagai unit yang terlibat dalam pemberi pelayanan, melakukan pemetaan terhadap resiko terjadinya masalah keselamatan pasien di setiap unit pelayanan yang disebut dengan manajemen resiko , dan melakukan pertemuan antara komite mutu rumah sakit dan unit pelayanan. Adapun

distribusi jawaban 175 responden pada pernyataan tentang maturitas keselamatan pasien secara terperinci sebagai berikut :

Tabel 22
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan Tentang
Variabel Maturitas Keselamatan Pasiendi RS A.M Parikesit
Tenggarong Tahun 2017

No	Pernyataan	Maturitas Keselamatan Pasien							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	n	%	N	%	n	%
A	Komitmen Pada Keseluruhan Perbaikan Berkelanjutan	2	0,85	15	8,4	129	73,4	30	17,3
B	Prioritas untuk keselamatan	0	0	6	3,6	136	77,6	33	18,9
C	Kesalahan sistem dan tanggung jawab individual	6	3,4	40	22,7	107	61,0	23	13,0
D	Pencatatan insiden dan <i>best practice</i>	0	0	5	3,1	145	83,3	24	13,9
E	Evaluasi insiden dan <i>best practice</i>	2	1,3	19	11,0	132	75,2	22	12,6
F.	Pembelajaran dan pengefektifan perubahan	1	0,2	4	2,1	140	80	31	17,7
G.	Komunikasi tentang isu keselamatan	1	0,4	5	3,1	144	82,3	25	14,3
H	Manajemen personalia dan isu keselamatan	10	5,5	43	24,4	100	57,3	22	12,8
I	Pendidikan dan pelatihan staf	1	0,3	23	17,2	134	76,3	19	10,6
J	Kerja sama tim	4	2,2	14	7,9	114	65,2	44	24,9
K	Respon non-punitive	13	7,6	96	55,1	52	29,5	14	7,8
L	Pergantian shift dan perpindahan pasien (serah terima)	28	15,7	115	65,6	29	16,7	4	2

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 22 dapat dinyatakan bahwa sebagian besar responden menjawab Setuju dan Sangat Setuju terhadap pernyataan tentang dukungan organisasi namun masih terdapat jawaban Sangat Tidak Setuju dan Tidak Setuju terhadap beberapa pernyataan positif seperti pegawai tidak merasa khawatir kesalahan yang saya buat akan dicatat oleh pimpinan sebesar 30,9%, Rumah sakit memiliki jumlah staf yang cukup untuk menangani beban kerja yang berat di unit ini sebesar 41,7%,

Pernyataan negatif sebagian besar menjawab sangat tidak setuju dan tidak setuju, pernyataan negatif tertera pada item respon *non punitive* dan pergantian shift, angka dari hasil item ini memang cukup tinggi dan fakta di lapangan terlihat dengan angka KTD dan angka KNC yang masih ada terutama akibat operan pergantian shift. Jalan keluar yang telah dilakukan adalah dengan membentuk grup WA setiap unit untuk memudahkan komunikasi sebelum dan sesudah pergantian shift. Jika dilakukan pengelompokkan untuk mengetahui maturitas keselamatan pasien berada pada kategori mana, maka hasilnya akan dijabarkan pada tabel berikut.

Tabel 23
Kategori Maturitas Keselamatan Pasien di RS A.M Parikesit
Tenggarong Tahun 2017

Kategori Maturitas Keselamatan Pasien	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Patologis	0	0
Reaktif	0	0
Kalkulatif	54	30,9
Proaktif	118	67,4
Generatif	3	1,7

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 23, dari hasil persepsi responden maka kategori maturitas keselamatan pasien di RS A.M Parikesit Tenggarong berada pada Kategori Proaktif sebesar 67,4%. Kategori proaktif berarti bahwa terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya patient safety, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan di RS. A.M Parikesit Tenggarong. Hasil maturitas budaya pada tingkat kalkulatif masih cukup tinggi sebesar 30,9% menunjukkan bahwa masih pada taraf sistem tertata baik, namun implementasinya masih bersifat segmental.

Kegiatan dalam peningkatan budaya keselamatan pasien rumah sakit melakukan peningkatan mutu sumber daya manusia dengan melakukan sosialisasi peningkatan mutu keselamatan pasien kepada seluruh staf rumah sakit, melakukan pelatihan internal antara lain pelatihan PDSA, pelatihan manajemen resiko, pelatihan pengumpulan data dan pelatihan eksternal berupa pelatihan validasi data.

3. Uji Bivariat

Uji korelasi dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen terhadap dependen. Berikut merupakan hasil uji korelasi antara variabel independen yaitu kepemimpinan, komunikasi, kerja tim terhadap variabel dependen yaitu Maturitas Keselamatan Pasien. Hubungan kepemimpinan, komunikasi, kerja tim terhadap Maturitas Keselamatan Pasien di Rumah Sakit A.M Parikesit dilakukan dengan menggunakan uji *korelasi spearman*. Adapun hasil uji diuraikan pada tabel 24 berikut.

Tabel 24
Hubungan Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim terhadap Maturitas Keselamatan Pasien pada Rumah Sakit A.M Parikesit Tahun 2017

Variabel	Maturitas Keselamatan Pasien	
	r	P
Kepemimpinan	.482	.000
Komunikasi	.554	.000
Kerja Tim	.558	.000

Sumber : *Data Primer*

Berdasarkan tabel 24 diketahui bahwa hasil uji korelasi variabel kepemimpinan terhadap maturitas keselamatan pasien menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0.000 ($p < 0.05$), dengan demikian disimpulkan bahwa ada hubungan kepemimpinan terhadap maturitas keselamatan pasien dengan nilai r (.482) yang berarti kekuatannya sedang dan arahnya positif, artinya semakin baik *kepemimpinan* maka maturitas keselamatan pasien semakin baik, begitupun sebaliknya.

Hasil uji korelasi variabel komunikasi terhadap maturitas keselamatan pasien menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0.000 ($p < 0.05$), dengan demikian disimpulkan bahwa ada hubungan komunikasi terhadap maturitas keselamatan pasien dengan nilai r (.554) yang berarti kekuatannya sedang dan arahnya positif, artinya semakin baik *komunikasi* maka maturitas keselamatan pasien semakin baik, begitupun sebaliknya.

Hasil uji korelasi kerja tim terhadap maturitas keselamatan pasien menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0.000 ($p < 0.05$), dengan demikian disimpulkan bahwa ada hubungan kerja tim terhadap *maturitas keselamatan pasien* dengan nilai r (.558) yang berarti kekuatannya sedang dan arahnya positif, artinya semakin baik kerja tim maka maturitas

keselamatan pasien semakin baik, begitupun sebaliknya. Dari hasil uji korelasi ketiganya terlihat kekuatan tertinggi pada kerja tim dan paling rendah pada kepemimpinan, tetapi semua variable mempunyai pengaruh terhadap maturitas. Jika dikelompokkan berdasarkan variabel dan kondisi maturitasnya maka dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 25
Crosstabulation Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim dengan
Maturitas Budaya Keselamatan Pasien pada
Rumah Sakit A.M Parikesit Tahun 2017

Variabel	Maturitas Keselamatan Pasien			
	Kurang Baik		Baik	
	N	%	n	%
<i>Kepemimpinan</i>				
Kurang Baik	37	77,1	11	22,9
Baik	50	39,4	77	60,6
<i>Komunikasi</i>				
Kurang Baik	35	79,5	9	20,5
Baik	52	39,7	79	60,3
<i>Kerja Tim</i>				
Kurang Baik	62	73,8	22	26,2
Baik	25	27,5	66	72,5
Total	87	49,7	88	50,3

Sumber : *Data Primer*

Berdasarkan tabel 25, diketahui bahwa pada variabel kepemimpinan kategori baik dan maturitas juga kategori baik sebesar 60,6%. Pada variabel komunikasi kategori baik dan maturitas juga kategori baik sebesar 60,3%. Pada variabel kerja tim kategori baik dan maturitas juga kategori baik sebesar 72,5%

Tabel 26. Hubungan Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim dengan Maturitas Budaya Keselamatan Pasien pada Rumah Sakit A.M Parikesit Tahun 2017

Variabel Independen	Maturitas Budaya Budaya Keselamatan Pasien						Nilai p
	Kalkulatif		Proaktif		Generatif		
	N	%	n	%	N	%	
1. Kepemimpinan							
a. Kurang baik	26	54,2	22	45,8	0	0	0,000
b. Baik	28	22,0	96	75,6	3	2,4	
2. Komunikasi							
a. Kurang Baik	27	61,4	17	38,6	0	0	0,000
b. Baik	27	20,6	101	77,1	3	2,3	
3. Kerja Tim							
a. Kurang Baik	42	50,0	42	50,0	0	0	0,000
b. Baik	12	13,2	76	83,5	3	3,3	

Sumber : Data Primer

a. Variabel Kepemimpinan

Dari tabel 26 di atas, dapat dilihat bahwa dari seluruh responden, yakni 54,2% responden yang menyatakan kepemimpinan baik dan berada pada maturitas kalkulatif, sedangkan responden yang menyatakan kepemimpinan baik tertinggi pada tingkat maturitas proaktif sebesar 75,6 %. Dari uji pengaruh, variabel kepemimpinan mempunyai nilai p sebesar 0.000, yang berarti signifikan atau ada hubungan antara kepemimpinan dengan maturitas keselamatan pasien.

b. Variabel Komunikasi

Dari tabel 26 di atas, dapat dilihat bahwa dari seluruh responden, yakni 61,4% responden yang menyatakan komunikasi kurang baik dan berada pada maturitas kalkulatif, sedangkan responden yang menyatakan komunikasi baik tertinggi pada tingkat maturitas proaktif sebesar 77,1 %. Dari uji pengaruh, variabel komunikasi mempunyai nilai p sebesar 0.000, yang berarti signifikan atau ada hubungan antara komunikasi dengan maturitas keselamatan pasien.

c. Variabel Kerja Tim

Dari tabel 26 di atas, dapat dilihat bahwa dari seluruh responden, yakni 50% responden yang menyatakan kerja tim kurang baik dan berada pada maturitas kalkulatif dan proaktif, sedangkan responden

yang menyatakan kerja tim baik tertinggi pada tingkat maturitas proaktif sebesar 83,5%. Dari uji pengaruh, variabel pengetahuan mempunyai nilai p sebesar 0.000, yang berarti signifikan atau ada hubungan antara kerja tim dengan maturitas keselamatan pasien

4. Uji Multivariat

Berdasarkan uji sebelumnya ditemukan bahwa ada korelasi kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim terhadap maturitas keselamatan pasien. Setelah dilakukan uji korelasi untuk mengetahui ada hubungan atau tidak. Jika ada hubungan/korelasi maka dapat dilanjutkan dengan uji multivariat dalam ini uji *regresi linear*, sedangkan jika hasil uji korelasi menunjukkan tidak ada hubungan maka tidak memenuhi syarat untuk dilanjutkan melakukan uji regresi. Berikut hasil Uji Multivariat antara variabel independen dan variabel dependen tergambar pada tabel 27 :

Tabel 27
Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim terhadap Maturitas Keselamatan Pasien pada Rumah Sakit A.M Parikesit Tahun 2017

Variabel	<i>Maturitas Keselamatan Pasien</i>
	P
Kepemimpinan	.001
Komunikasi	.001
Kerja Tim	.001

Sumber : *Data Primer*

Berdasarkan tabel 27 diketahui bahwa hasil uji pengaruh kepemimpinan terhadap maturitas keselamatan pasien menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0.000 ($p < 0.05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh kepemimpinan terhadap maturitas keselamatan pasien.

Hasil uji pengaruh komunikasi terhadap maturitas keselamatan pasien menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0.000 ($p < 0.05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh komunikasi terhadap maturitas keselamatan pasien. Hasil uji pengaruh kerja tim terhadap maturitas keselamatan pasien menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0.000 ($p < 0.05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh kerja tim terhadap maturitas keselamatan pasien.

Setelah dilakukan uji korelasi untuk mengetahui ada hubungan atau tidak. Selanjutnya dilakukan tabulasi dari variabel independen, variabel mana dari kepemimpinan, komunikasi atau kerja tim yang paling mempengaruhi maturitas keselamatan pasien di rumah sakit A M Parikesit, tergambar pada tabel 28

Tabel 28
Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim terhadap Maturitas Keselamatan Pasien pada Rumah Sakit A.M Parikesit Tahun 2017

Manajemen/ Organisasi	Maturitas Keselamatan Pasien					
	Kalkulatif		Proaktif		Generative	
	n	%	n	%	n	%
Kepemimpinan	28	22	95	75,6	3	2,4
Komunikasi	27	20,6	101	77,1	3	2,3
Kerja Tim	12	13,2	76	83,5	3	3,3

Sumber : Data Primer

Dari hasil tabulasi antara variabel manajemen/organisasi yaitu : kepemimpinan, kerja tim dan komunikasi terhadap variabel maturitas keselamatan pasien yang terbanyak yaitu kalkulatif, proaktif dan generative didapatkan variabel kerja tim paling mempengaruhi pada variabel dependen yaitu pada proaktif yang tergambar pada tabel 28

C. PEMBAHASAN

Setelah memperoleh hasil penelitian dari proses pengolahan, analisa dan penyajian data, selanjutnya dilakukan pembahasan sesuai dengan variabel yang diteliti. Pembahasan dalam penelitian disajikan dalam bentuk narasi dengan meninjau referensi yang relevan dan beberapa penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini.

1. Gambaran Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Hewison (1996) berpendapat bahwa budaya adalah istilah yang dapat digunakan untuk merujuk pada hampir situasi apapun. Wright (1994) berpendapat bahwa ketika istilah budaya diterapkan pada konteks organisasi, umumnya digunakan dalam empat cara : (1) merujuk pada masalah pengelolaan perusahaan dengan proses produksi atau outlet layanan di sejumlah negara masing-masing dengan budaya nasional yang berbeda; (2) ketika manajemen mencoba mengintegrasikan orang-orang dengan etnis yang berbeda ke dalam lingkungan kerja; (3) identitas konsep, sikap dan nilai informal dari suatu lingkungan kerja dan (4) mengacu pada nilai dan praktik organisasi formal yang ditetapkan oleh manajemen sebagai 'pedoman' untuk membentuk lingkungan kerja bersama-sama dan membuatnya responsif terhadap perubahan. Aplikasi dari (3) dan (4) adalah yang paling umum digunakan dalam konteks perawatan kesehatan.

Perkembangan indikator budaya keselamatan pasien membutuhkan spesifikasi atribut budaya yang membedakan antara budaya keselamatan "kurang" dan "baik". Model maturitas budaya keselamatan menggambarkan tahap perkembangan budaya keselamatan (Fleming, 2000). Ini berguna untuk organisasi karena memungkinkan organisasi untuk menilai tingkat kematangan mereka saat ini (Paulk et al. 1993) dan untuk mengidentifikasi area kekuatan dan kelemahan tertentu (*National Patient Safety Agency dan School of Psychological Science, University of Manchester 2006*) dan tindakan yang perlu diambil untuk mencapai kematangan tingkat berikutnya (Paulk et al. 1993). Model maturitas budaya keselamatan yang digunakan pada penelitian ini, yaitu MAPSAF menjelaskan tahap-tahap perkembangan budaya keselamatan, yang kemudian menjadi kerangka yang digunakan sebagai dasar indikator budaya keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil analisis mengenai maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD AM Parikesit Tenggarong ini berada di tingkat proaktif. Hasil ini ditetapkan berdasarkan jawaban responden dengan persentase tertinggi. Pada umumnya karakteristik tentang kondisi maturitas budaya keselamatan pasien yang berada pada tingkat ini yaitu keadaan dimana terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya patient safety, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan.

Dengan demikian berdasarkan kesepuluh dimensi MAPSAF pada tingkatan tersebut, maka dapat diperoleh gambaran maturitas budaya keselamatan yang ada di rumah sakit yang dapat dilihat pada penjelasan di bawah ini:

a. Komitmen pada perbaikan menyeluruh berkelanjutan

Audit terjadi sebagai respons terhadap kejadian khusus dan arahan dari tingkat nasional dan mencerminkan kebutuhan setempat. Ada upaya yang dilakukan untuk menanggapi temuan audit. Hal ini juga terjadi di RSUD AM Parikesit Tenggarong, di mana Standar Operasional, pedoman, panduan dan kebijakan RS diperbaharui mulai pada akhir tahun 2013 pada waktu terjadi pergantian manajemen rumah sakit secara besar-besaran dan dalam rangka persiapan akreditasi RS. Pelatihan dan studi banding dalam rangka peningkatan budaya baik untuk *hard skill* maupun *soft skill* dilakukan pada seluruh karyawan rumah sakit.

b. Prioritas yang diberikan untuk keselamatan

Keselamatan pasien menjadi prioritas pada saat insiden terjadi, dan di luar itu keselamatan sudah mulai menjadi prioritas pada awal tahun 2014 selain memenuhi persyaratan hukum. Sudah mulai dilakukan pelaksanaan strategi manajemen risiko, ini dapat dilihat dengan adanya pelatihan tentang manajemen risiko dan sosialisasi tentang manajemen risiko. Keselamatan pasien dibahas oleh komite dalam kaitannya dengan insiden tertentu dan dilakukan tindak lanjut

berdasarkan prioritas. Setiap tindakan yang diambil ditujukan untuk perlindungan diri dan untuk untuk perlindungan pasien. Di RSUD AM Parikesit Tenggarong masalah keselamatan pasien dibahas apabila ada insiden. Sudah jadwal rapat khusus untuk keselamatan pasien pada awal manajemen baru. Pembahasan isu keselamatan ini disertakan pada pertemuan Komite Medik yang dijadwalkan satu kali dalam sebulan.

c. Kesalahan sistem dan tanggung jawab individual

Organisasi kadang melihat pihaknya sebagai korban dari keadaan. Individu masih sering dipandang sebagai penyebab dan solusinya adalah pelatihan ulang dan tindakan hukuman. Ketika insiden terjadi tidak ada upaya untuk mendukung mereka yang terlibat, termasuk pasien dan keluarganya.

Di RSUD AM Parikesit Tenggarong di mana apabila ada petugas yang melakukan kesalahan budaya untuk melaporkan pada awalnya masih belum berjalan dan alur untuk pelaporan belum disosialisasikan ke masing-masing dan masih ada karyawan takut untuk melaporkan karena takut akan diberikan sanksi sesuai dengan aturan yang berlaku. Dalam perkembangan rumah sakit A M Parikesit selanjutnya setelah dilakukan sosialisasi tentang keselamatan pasien dan alur pelaporan, formulir pelaporan sudah dibuat, budaya menyalahkan bila terjadi insidens keselamatan pasien dihilangkan, terjadi peningkatan dalam pelaporan keselamatan pasien. Perbaiki sistem

pada budaya keselamatan pasien merupakan tanggung jawab direktur rumah sakit dengan pendelegasian kepada Komite Mutu rumah sakit dan dengan direktorat pelayanan melakukan pembenahan berdasarkan rekomendasi dari Komite Mutu rumah sakit.

d. Pencatatan insiden dan *best practice*

Masih sering sistem pelaporan insiden yang sangat minim, meskipun staf dianjurkan untuk melaporkan insiden. Data insiden yang sangat minim ini dikumpulkan, tetapi sering tidak dianalisis. Ada budaya menyalahkan, sehingga staf enggan untuk melaporkan insiden. Ketika insiden terjadi, tidak ada upaya untuk mendukung salah satu dari mereka yang terlibat.

Pencatatan KTD di rumah sakit A M Parikesit pada awalnya sangat minim, bahkan tidak ada sebelum tahun 2015, oleh karena tidak ada petugas khusus yang ditunjuk untuk pencatatan insiden. Ini karena perhatian awal manajemen rumah sakit sebelum tahun awal tahun 2014 belum mempunyai perhatian dan kepedulian tentang keselamatan pasien. Tetapi dengan perbaikan manajemen, perhatian tentang keselamatan pasien di rumah sakit A M Parikesit semakin meningkat. Upaya yang dilakukan antara lain dengan intensnya komite mutu rumah sakit mensosialisasikan budaya keselamatan, alur pelaporan yang diperbaiki, formulir pelaporan dibuat untuk meningkatkan budaya pelaporan di rumah sakit.

e. Evaluasi insiden dan *best practice*

Pada evaluasi insiden, penyelidikan dipicu dengan tujuan pembatasan kerusakan bagi organisasi dan pembagian kesalahan individu. Investigasi hanya sepintas lalu dan fokus pada peristiwa dan tindakan individu tertentu. Solusi perbaikan yang berkaitan dengan insiden tertentu cepat diusulkan, namun mungkin akan terhenti setelah suasana tidak lagi “panas”. Beberapa penyelidikan tak terselesaikan dengan baik, budaya pelaporan yang terbangun di RS A.M Parikesti adalah pemberian perhatian berupa pujian kepada yang melaporkan. Di rumah sakit A M Parikesit evaluasi dilakukan pada setiap insiden keselamatan pasien dan tindak lanjut berdasarkan prioritas hasil evaluasi.

f. Pembelajaran dan pengefektifan perubahan

Sering sekali pembelajaran organisasi sangat jarang terjadi dan hanya berkaitan dengan sejumlah gangguan yang telah dialami oleh staf senior. Semua pembelajaran dikhususkan untuk kejadian tertentu. Perubahan yang dipicu pasca insiden terjadi tidak berkelanjutan, oleh karena kesalahan individu dipersepsikan sebagai reaksi spontan dan dirancang serta diberlakukan oleh para manajer senior. Akibatnya, kejadian serupa cenderung berulang, di rumah sakit A M Parikesit hal ini terjadi di bawah tahun 2015, tetapi dengan terjadinya perbaikan manajemen rumah sakit A M Parikesit, pembelajaran organisasi mulai

dilakukan antara lain aktifnya Komite Mutu rumah sakit untuk menjadwalkan rapat bersama dengan direksi rumah sakit.

g. Komunikasi tentang isu keselamatan

Komunikasi secara umum sejalan dengan instruksi yang dikeluarkan oleh manajer. Staf hanya mampu berbicara dengan manajer mereka setelah adanya insiden. Komunikasi dilakukan hanya untuk tujuan tertentu saja dan terbatas pada mereka yang terlibat dalam insiden tertentu. Pasien diberikan informasi yang dipandang tepat oleh organisasi dalam komunikasi satu arah. Di rumah sakit A M Parikesit komunikasi tentang keselamatan pasien sudah mulai berlangsung dengan baik, pembahasan tingkat unit sudah mulai berjalan dan semakin membaik.

h. Manajemen personalia dan isu keselamatan

Peningkatan *Job descriptions* dan *staffing* dilakukan hanya dalam rangka menanggapi masalah yang timbul, sehingga terjadi seleksi dan retensi kebijakan yang baik dari masa lalu di mana organisasi telah rapuh. Ada dukungan untuk staf, namun sangat minim dan dapat dihitung. Atmosfer yang muncul terdiri dari “menyalahkan” dan “hukuman”. Kebijakan SDM yang ada sangat mendasar, tidak fleksibel dan hanya dikembangkan dalam menanggapi masalah yang telah dialami. Di rumah sakit A M Parikesit pada awal tahun 2014 masih sering terjadi, dengan komitmen yang cukup tinggi dari manajemen sudah dilakukan perbaikan berupa pembuatan kinerja

masing-masing staf secara terperinci dan peningkatan manajemen personalia untuk melakukan evaluasi pembelajaran masing-masing staf yang telah dilatih.

i. Pendidikan dan pelatihan staf

Di rumah sakit A M Parikesit pelatihan sudah diprogramkan pada peningkatan kemampuan staf, jadi bukan hanya pada saat ada masalah spesifik dan hampir seluruhnya berkaitan dengan area risiko tinggi dalam rangka mengisi kesenjangan yang tampak jelas. Mmenindaklanjuti dan membiayai kebutuhan pendidikan staf menjadi tanggung jawab rumah sakit. Pendidikan dan pelatihan tidak hanya berfokus pada memaksimalkan pendapatan dan menutupi pembiayaan organisasi daripada pengembangan karir staf. Sudah disediakan anggaran untuk pelatihan berdedikasi dan penilaian staf terjadi berdasarkan atas tujuan tertentu. Pelatihan keselamatan pasien yang pernah diberikan kepada staf yaitu manajemen resiko dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

j. Kerja sama tim

Masih sering terjadi orang bekerja sebagai sebuah tim hanya setelah suatu peristiwa negatif terjadi dan untuk merespon tuntutan eksternal. Individu tidak benar-benar berkomitmen untuk tim. Ada hirarki yang jelas dalam setiap tim, sesuai dengan hirarki organisasi secara keseluruhan. Ada tim multidisiplin, tetapi mereka harus diberitahu untuk bekerja sama, dan tujuan dari tim kerja hanya

merupakan formalitas. Informasi mengalir kepada anggota tim setelah suatu insiden terjadi. Tim beroperasi sekedar untuk memenuhi tugas dan pendatang baru kurang disambut baik. Di rumah sakit A M Parikesit pelatihan dan perbaikan untuk dapat melakukan kerja sama terus dilakukan untuk mendapatkan hasil yang baik, kejelasan tupoksi di setiap surat keputusan tim menjadi keharusan pada waktu membuat tim di rumah sakit. Penilaian masing -masing staf sudah menjadi penilaian untuk pemberian remunerasi berupa penilaian kuantitas dan penilaian kualitas. Penilaian staf dilakukan atasan langsung dengan mengetahui wakil direktur pelayanan.

k. Serah terima pasien

Salah satu yang menjadi permasalahan dalam keselamatan pasien adalah proses serah terima pasien tidak berlangsung dengan baik. Kesalahan komunikasi, kesalahan pemberian obat dan banyak kesalahan yang berpotensi kejadian tidak diharapkan (KTD) akibat proses serah terima yang tidak berjalan. Proses serah terima terus dilakukan perbaikan oleh semua lini pelayanan Bersama manajemen rumah sakit A M Parikesit. Salah satu cara perbaikan peningkatan serah terima adalah dengan melakukan brifing pra tugas dan membuat grup komunikasi setiap unit untuk memudahkan komunikasi terkait serah terima. Grup komunikasi ini sangat bermanfaat untuk saling mengingatkan setiap staf di unit masing – masing.

Beberapa faktor juga telah diidentifikasi sebagai pendukung pengembangan budaya keselamatan pasien. Kunci di antaranya adalah pimpinan/manajer, supervisor langsung, faktor perilaku perorangan, sistem pelaporan, peraturan dan prosedur dan subkultur organisasi perawatan kesehatan (Clarke 1999, Cooper 2000, Glendon & Stanton 2000, Cohen et al., 2003).

2. Pengaruh Faktor Kepemimpinan terhadap Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil uji hipotesis, ditemukan bahwa ada pengaruh kepemimpinan dengan maturitas budaya keselamatan pasien, adanya pengarahan, supervisi dan koordinasi dari pimpinan hal tersebut mempengaruhi tingkat maturitas budaya keselamatan. Dari sisi pengarahan, terlihat dari wadir pelayanan dapat mendelagasikan wewenang dengan baik kepada bawahannya terkait penerapan patient safety kemudian wadir pelayanan juga memberikan sanksi yang tegas terhadap kesalahan yang dilakukan oleh karyawan terkait penerapan patient safety, meskipun dari sisi penghargaan terhadap karyawan yang memiliki kinerja baik dalam meningkatkan program patient safety masih belum begitu maksimal.

Dari sisi supervisi wadir pelayanan sebagai pimpinan memberikan kebebasan terhadap karyawan yang ingin memberikan pendapat terkait issue *patient safety*, melakukan pengawasan terhadap penerapan prosedur patient safety, rutin mengadakan

pelatihan keselamatan pasien serta memberikan bimbingan dan dorongan dalam hal penerapan *patient safety*. Pertemuan rutin yang dilakukan seminggu dua kali membahas pelayanan setiap unit pelayanan di bawah wakil direktur pelayanan salah satu upaya untuk meningkatkan supervisi dan pengarahan.

Dari sisi koordinasi, pimpinan memiliki hubungan yang baik kepada karyawan, tercipta suasana kerja yang kondusif dan aman serta melibatkan karyawan dalam membuat keputusan terkait penerapan *patient safety*.

Kepemimpinan merupakan kegiatan mempengaruhi orang lain untuk bekerja keras dengan penuh kemampuan untuk tujuan kelompok/organisasi (Gillies, 2000). Yahya (2007) dalam konvensi nasional mutu rumah sakit, dalam membangun budaya keselamatan pasien, ada dua model kepemimpinan yang dibutuhkan, yakni kepemimpinan transaksional dan kepemimpinan transformasional. kepemimpinan transformasional sebagai kemampuan memotivasi orang lain untuk mencapai standar tinggi dan tujuan jangka panjang. Dalam hal keselamatan pasien, kepemimpinan transaksional dapat digunakan untuk mendorong staf melaporkan kejadian sedangkan kepemimpinan transformasional dipakai untuk proses belajar dari kejadian dan merancang kembali program untuk keselamatan pasien (Yukl, 1994).

Menurut Kohn (2000) dalam Handani (2007) IOM merekomendasikan bahwa prinsip pertama dalam mendesain sistem keselamatan dalam organisasi kesehatan adalah dengan kepemimpinan. Termasuk di dalamnya *patient safety* dijadikan sebagai prioritas utama, menjadikan *patient safety* menjadi tanggung jawab bersama serta menyediakan sumber daya manusia maupun dana untuk analisis error dan merancang ulang sistem.

Ada 3 domain perilaku kepemimpinan yang mampu menjadi agen perubahan (*change agent*) bagi perilaku anggota dalam suatu organisasi yakni pengarahan (*direction*), pengawasan (*supervision*), serta koordinasi (*coordination*). Pengarahan (*direction*) dilakukan dalam bentuk penugasan, perintah, kebijakan, peraturan, standar, pendapat, saran, dan pertanyaan untuk mengarahkan perilaku bawahan untuk melakukan tindakan yang mendukung terciptanya budaya keselamatan pasien. Pengawasan (*supervision*) dapat dilakukan oleh pemimpin berupa perilaku kepemimpinan yang berfungsi untuk memeriksa pekerjaan, mengevaluasi kinerja, memperbaiki kinerja staf, memberi dukungan, yang pada akhirnya akan meningkatkan kinerja (Gillies, 1994; Rowe & Haywood, 2007). Dan ketiga yaitu koordinasi (*coordination*) kegiatan kepemimpinan yang mencakup semua kegiatan yang memungkinkan staf untuk bekerja bersama secara harmonis. Dan memungkinkan diskusi lengkap dari topik masalah oleh tenaga kesehatan di rumah sakit.

Hasil uji pengaruh kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dari variabel kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD AM Parikesit Tenggarong ($p < 0.000 < 0.05$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dinyatakan oleh Mallouli et al (2017) studinya ini memberikan penilaian menyeluruh terhadap persepsi keselamatan di antara staf rumah sakit di institusi publik dan swasta. Dalam merekomendasikan penerapan budaya keselamatan pasien yang kuat dan proaktif di unit pelayanan yang dibutuhkan ialah komitmen kepemimpinan dan dorongan kerja sama tim. Dengan demikian, persepsi praktisi perawatan kesehatan sebagai pemain kunci dalam meningkatkan kualitas keselamatan dan kesehatan. Selain itu hasil penelitian Weaver (2013) juga menegaskan bahwa tinjauan sistematis baru-baru ini telah membuktikan bahwa dukungan kepemimpinan dan manajerial serta struktur tata kelola dapat berdampak pada budaya keselamatan pasien. Promosi budaya keselamatan pasien dapat di konseptualisasikan dengan sebaik mungkin hanya dengan suatu tatanan yang dapat memberikan intervensi secara tepat untuk melakukan perubahan. Tatanan tersebut antara lain kepemimpinan, kerja tim dan perilaku bukan melalui pendekatan terhadap program atau teknologi tertentu.

Pengarahan merupakan salah satu domain dalam menilai kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien. *Mentoring* merupakan strategi yang dapat digunakan untuk mengarahkan dan memotivasi perawat. Pengarahan (*Directing*) merupakan fungsi manajemen dalam memberikan petunjuk dan mempengaruhi orang lain (Mc Namara, 1999 dalam Huber, 2006). Dadge & Casey (2009) menyatakan bahwa mentoring mampu memberikan dukungan untuk menguatkan mental, mengembangkan mekanisme baru yang lebih baik untuk mempertahankan kontrol diri dan mengembalikan keseimbangan yang adaptif, sehingga mampu mencapai tingkat kemandirian yang lebih tinggi serta mampu mengambil keputusan secara otonom. *Planning of Institute of Australia* juga menyatakan bahwa mentoring berkontribusi dalam perencanaan profesionalisme perawat termasuk mengenai perencanaan yang mendukung peningkatan keselamatan pasien.

Sehingga dalam hal ini *mentoring* merupakan metode untuk menciptakan lingkungan yang kondusif, sehingga dapat memudahkan dalam proses pengembangan (Ali & Panther,2008; Noorwood, 2010) dan lingkungan yang kondusif tersebut akan meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien (Jaw et al, 2007; Sammer et al, 2009). Hal ini juga sejalan dengan pernyataan Sammer et al (2010) budaya keselamatan pasien memiliki tujuh aspek utama:

kepemimpinan, kerja tim, berbasis bukti, komunikasi, pembelajaran, hanya dan berpusat pada pasien.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh *Total Safety Culture* (2000) dan O'Donnell & Richard Boyle (2008) bahwa kepemimpinan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Dukungan kepemimpinan dan manajerial yang kuat sangat penting untuk pengembangan budaya keselamatan pasien positif yang mendorong pembelajaran. Analisis korelasi antar-subscale kami menunjukkan bahwa dukungan manajemen yang dirasakan adalah domain dengan asosiasi terkuat dengan domain budaya keselamatan pasien lainnya (Chaojie, 2014). Lain halnya dengan Burke dan Litwin, selain faktor kepemimpinan, faktor lain yang menentukan keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien, antara lain faktor lingkungan eksternal, struktur dan sistem, pengetahuan dan keterampilan individu, lingkungan kerja, kebutuhan dan motivasi (Mulia, 2010).

Kepala ruangan sebagai koordinator kegiatan perlu menciptakan kerjasama yang selaras satu sama lain dan saling menunjang, untuk itu harus memperlihatkan prinsip-prinsip organisasi yang telah dijelaskan diatas misalnya kesatuan komando, setiap staf memiliki satu alasan langsung. Rentang kendali tiga sampai tujuh staf untuk satu atasan. Pada metode penugasan tim dalam satu ruangan tidak lebih dari tiga sampai tujuh staf dalam satu tim. Selain itu kepala

ruangan perlu mendelegasikan kegiatan dalam pelaksanaan keselamatan pasien kepada ketua tim, kecuali tugas pokok, harus dilakukan kepala ruang. Selain itu, kepala ruangan harus mendelegasikan kepada orang yang tepat, mendengarkan saran orang yang didelegasikan dan penerima delegasi harus bertanggung gugat (Parmin, 2010). Kepala ruangan membagi kegiatan untuk menciptakan suasana kerja yang baik. Dalam melaksanakan tugas, kepala ruangan harus memilih orang tepat dan bertanggung jawab dengan cara komunikasi terbuka, dialog, pertemuan atau rapat, pencatatan dan pelaporan, pembakuan formulir yang berlaku (Roymond, 2013). Kepala ruangan melakukan rapat rutin Bersama kepala instalasi dalam membangun budaya tersebut dan secara berjenjang kepada wakil direktur pelayanan sebagai penanggung jawab dari semua instalasi pelayanan.

Menilai pentingnya peran kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien maka diharapkan suatu rumah sakit dapat memiliki kepemimpinan yang memiliki kontribusi besar terhadap penerapan keselamatan pasien sehingga terciptanya budaya keselamatan pasien. Berdasarkan hasil analisis deskriptif, responden yang menyatakan kepemimpinan baik tertinggi berada pada maturitas budaya keselamatan pasien berada pada tingkat proaktif Hal ini menunjukkan bahwa di rumah sakit ini, kepemimpinan sudah berjalan baik dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Pada tingkat

kematangan proaktif hal tersebut berarti Terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya patient safety, intervensi yang evidence-based sudah diimplementasikan, hanya saja yang masih perlu ditingkatkan lagi terkait pemberian penghargaan bagi karyawan kinerjanya meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

3. Pengaruh Faktor Komunikasi terhadap Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil uji hipotesis, ditemukan bahwa ada pengaruh komunikasi dengan maturitas budaya keselamatan pasien, adanya kepercayaan dan keterbukaan, informasi, pentingnya keselamatan pasien dan perhatian pengenalan pentingnya keselamatan. Dari sisi kepercayaan dan keterbukaan pegawai mendapat umpan balik positif apabila ada suatu kejadian yang dilaporkan, saling memperingatkan apabila dapat mencam keselamatan pasien. Pada sisi informasi, pegawai bebas menyatakan pendapat dan memberi usulan, informasi pasien selalu tersedia. Pada sisi arti penting keselamatan pasien, setiap masalah yang terjadi selalu didiskusikan bersama dan dicari jalan keluarnya dan mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan. Dalam hal perhatian dan pengenalan pentingnya keselamatan, staf diberik kesempatan untuk bertanya apabila ada sesuatu yang berjalan tidak semestinya dan saat operan tidak terjadi masalah.

Komunikasi merupakan proses penafsiran atau penyampaian pesan oleh pemberi pesan kepada penerima pesan yang merupakan bagian dari suatu organisasi. Komunikasi yang terjadi dalam hubungan hirarkis antar yang satu dan yang lainnya (Face & Faules 2001). Dalam komunikasi, salah satu hal yang menjadi pokok penting ialah komunikasi yang efektif. Komunikasi yang efektif merupakan salah satu strategi untuk membangun budaya keselamatan pasien.

Komunikasi dan kerja tim sangat penting untuk menghilangkan ancaman terhadap keamanan pasien (El-Jardali et al, 2011). Sehingga komunikasi dalam keselamatan pasien telah menjadi standar dalam *Joint Commision Acerditation of Health Organization* sejak tahun 2010 metode *briefing* digunakan untuk berbagi informasi seputar isu-isu keselamatan pasien, di mana perawat dapat secara bebas bertanya seputar keselamatan pasien yang potensial terjadi dalam kegiatan sehari-hari (Hamdani, 2007).

Komunikasi dan kerja sama tim di dalam unit rumah sakit sangat penting untuk memberikan perawatan yang efektif dan aman. Pasien biasanya diobati oleh tim perawatan kesehatan yang multidisiplin maka sangat perlu memperhatikan proses komunikasi yang baik oleh penyedia layanan dalam berbagai pengaturan klinis di dalam rumah sakit (Joint Commision 2007). Kurangnya komunikasi antar penyedia layanan kesehatan dapat secara signifikan membahayakan keselamatan pasien dan hasil perawatan pasien. Beyer et al

(2007) telah menegaskan bahwa kurangnya komunikasi antara penyedia layanan kesehatan merupakan salah satu kontributor utama *medical error*.

Hasil uji pengaruh komunikasi terhadap maturitas budaya keselamatan pasien menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dari variabel komunikasi terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD AM Parikesit Tenggarong ($p < 0.000 < 0.05$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Ballangrud et al. (2012) yang menjelaskan bahwa dalam penelitiannya, mereka menemukan komunikasi tentang kesalahan dan kerja sama tim dalam unit adalah prediktor yang signifikan terhadap peningkatan frekuensi kejadian yang dilaporkan oleh perawat.

Berasarkan teori yang dikemukakan oleh WHO (2009) dan O'Donnell & Richard Boyle (2008) ialah komunikasi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Organisasi dengan budaya keselamatan positif dicirikan oleh komunikasi yang didasarkan pada saling percaya, oleh persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan akan efisiensi tindakan pencegahan (HSC 1993, hal 23). Definisi ini mencerminkan pandangan budaya keselamatan yang berlaku sebagai 'produk' nilai dan kepercayaan anggota organisasi. Hal ini

dapat membantu mengklarifikasi seperti apa budaya keselamatan di dalam sebuah organisasi dan untuk menentukan strategi untuk mengembangkan 'produk' semacam itu, dan juga memberikan *outcome* untuk menilai sejauh mana organisasi mungkin atau tidak mungkin dalam memiliki budaya keselamatan yang baik.

Sangat penting untuk memastikan keselamatan pasien. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa komunikasi dalam organisasi dengan budaya keselamatan pasien positif memiliki karakteristik komunikasi yang cenderung lebih terbuka (transparansi), kurang disalahkan dan lebih mendukung terhadap proses pengembangan (Mansdorf 1999, Milstead 2005, Hoban 2006, Kalisch & Aebersold 2006). Murphy (2006) menunjukkan bahwa banyak kesalahan dalam organisasi tidak dilaporkan hanya karena takut disalahkan atau dihukum oleh pimpinan dan juga oleh rekan kerja. Hal ini jelas akan menyebabkan meningkatnya potensial cedera pasien.

Hasil analisis deskriptif pada penelitian ini menunjukkan bahwa responden menyatakan bahwa komunikasi di RSUD AM Parikesit termasuk dalam kategori yang baik dan berada pada tingkat maturitas budaya keselamatan pasien yang proaktif. Hal ini menunjukkan bahwa di rumah sakit ini, komunikasi sudah berjalan baik dan seiring hal tersebut tingkat maturitas budaya keselamatan pasien juga sudah baik yang berada pada kategori proaktif.

4. Pengaruh Faktor Kerja Tim terhadap Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil uji hipotesis, ditemukan bahwa ada pengaruh kerja tim dengan maturitas budaya keselamatan pasien, adanya komitmen yakni staf berkomitmen mendukung meningkatkan program keselamatan pasien. Adanya komunikasi ide dan gagasan yakni pimpinan selalu ikut berkontribusi terhadap peningkatan program *patient safety*. Adanya efektivitas interpersonal yakni kemampuan koordinasi para staf untuk mewujudkan pelayanan pasien yang sesuai dengan prosedur *patient safety*

Kerja tim ialah proses perilaku secara psikologis dari dua orang atau lebih dalam berkolaborasi satu dengan yang lainnya dalam melaksanakan tugas dan upaya mencapai tujuan (Parker, 2007). Makary et al (2006) melaporkan bahwa dokter melakukan kerja tim dengan baik jika suster juga mengantisipasi kebutuhan dokter dan dapat mengikuti instruksi dengan baik. 70-80% kesalahan rumah sakit disebabkan oleh faktor manusia berhubungan dengan kurangnya komunikasi antar tim dan pengertian (Schaefer et al, 1994).

Studi terhadap perawat memperlihatkan bahwa kerja tim, komunikasi, dan kepemimpinan merupakan hal penting bagi lingkungan yang aman (Scott-Cawiezell & Vogelsmeier, 2006). Kerja tim yang baik membantu mengurangi masalah keselamatan pasien

dan meningkatkan moral anggotanya. Tim yang dibentuk memiliki tujuan yang menetap yaitu memberikan pelayanan pada pasien. Selain itu juga terdapat tujuan lain yang spesifik sebagai contoh program keselamatan pasien.

Kerjasama merupakan bentuk attitude dalam bekerja di dalam tim karena membuat individu saling mengingatkan, mengoreksi, berkomunikasi sehingga peluang terjadinya kesalahan dapat dihindari. Kerjasama tim antar unit mempermudah implementasi suatu program kerja dan pelaksanaan hasil tindak lanjut. Komunikasi dan kerja tim yang efektif sangat penting untuk menjaga lingkungan dan budaya dimana perawat merasa bebas untuk melaporkan masalah keselamatan pasien karena mendorong perawat untuk melaporkan kejadian sangat penting untuk meningkatkan keselamatan pasien; lingkungan nonpunitif. Namun, lingkungan nonpunitif dalam hal ini ialah lingkungan orang yang tidak saling menyalakan (Ballangrud et al. 2012; El-Jardali et al. 2011). Selain itu Kinerja kerja sama tim yang terganggu juga merupakan salah satu penyebab insiden keselamatan pasien yang merupakan kombinasi dari kegagalan sistem. Peluang insiden terjadi akibat dari kondisi – kondisi tertentu. Kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan misalnya gangguan lingkungan dan teamwork yang tidak berjalan. (Cahyono, 2008)

Hasil uji pengaruh kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang

signifikan dari variabel kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD AM Parikesit Tenggarong ($p < 0.000 < 0.05$).

Temuan lain dari beberapa penelitian saat ini yang sesuai dengan hasil tersebut menunjukkan bahwa harapan dan tindakan manajer, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, kerja sama tim di seluruh unit rumah sakit (Alahmadi 2010; Ballangrud et al 2012), penggantian dan transisi yang terjadi di rumah sakit (El-Jardali et al 2011) adalah prediktor persepsi keseluruhan budaya keselamatan pasien.

Selain itu penelitian apriningsih (2013) mengungkapkan bahwa kerjasama tim merupakan variabel yang penting dalam parameter budaya keselamatan pasien. Bekerja secara teamwork merupakan sebuah nilai yang harus dibangun sebagai budaya keselamatan pasien. Terkait hal tersebut, Hamdani (2007) menyatakan bahwa kerjasama tim memiliki pengaruh yang kuat dalam penerapan budaya keselamatan pasien.

Hasil analisis deskriptif pada penelitian ini menunjukkan bahwa responden menyatakan bahwa komunikasi di RSUD AM Parikesit termasuk dalam kategori yang baik sebesar 74,9% dan berada pada tingkat maturitas budaya keselamatan pasien yang proaktif. Hal ini menunjukkan bahwa di rumah sakit ini, komunikasi sudah berjalan baik dan maturitas budaya keselamatan pasien masih dalam tingkat

yang proaktif. Dapat disimpulkan bahwa, salah satu penyebab hal ini terjadi ialah dikarenakan sistem masih bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya pada saat akreditasi dan respon hanya saat terjadinya insiden terkait keselamatan pasien. Sehingga sangat perlu meningkatkan proses yang fokus dalam mempertahankan keselamatan pasien.

Hasil analisis deskriptif pada penelitian ini menunjukkan bahwa responden menyatakan bahwa kerja tim di RSUD AM Parikesit termasuk dalam kategori yang baik dan berada pada tingkat maturitas budaya keselamatan pasien yang proaktif. Hal ini menunjukkan bahwa di rumah sakit ini, kerja tim sudah berjalan dengan cukup baik dan maturitas budaya keselamatan pasien juga seiring yang berada pada kategori proaktif.

D. KETERBATASAN PENELITIAN

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Tingkat partisipasi responden saat mengisi kuesioner yang dikarenakan pengumpulan data ini dilakukan pada saat jam kerja memungkinkan dapat terjadi bias sehingga dapat mempengaruhi hasil penelitian.
2. Hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan pada semua tenaga medis dan paramedis di RSUD AM Parikesit Tenggara dikarenakan sampel pada penelitian ini memiliki kriteria penarikan sampel hanya pada

perawat yang berstatus sebagai pegawai tetap saja dan selanjutnya dilakukan pada semua karyawan di RSUD AM Parikesit.

E. IMPLIKASI MANAJERIAL

Penelitian ini memperoleh beberapa analisis data berdasarkan temuan hasil penelitian. Hasil dari temuan penelitian dapat menjadi rekomendasi beberapa implikasi kebijakan sesuai dengan yang diberikan sebagai masukan bagi pihak manajemen. Implikasi terpenting yang bisa didapatkan dari penelitian ini, antara lain :

1. Kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim di RSUD AM Parikesit berdasarkan persepsi responden sudah dapat dikategorikan baik, terutama setelah perbaikan manajemen dan perbaikan system pelayanan secara menyeluruh tetapi hal tersebut masih di awal. Rumah sakit A M Parikesit perlu konsistensi dalam terus meningkatkan kepemimpinan, komunikasi dan kerja tim.
2. Budaya .keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam mewujudkan keselamatan pasien. Pembentukan budaya yang positif tergantung dari support yang diberikan untuk perubahan persepsi dan perilaku. Meskipun persepsi responden sudah dapat dikategorikan baik dan tingkat maturitas budaya keselamatan pasien RS AM Parikesit Tenggarong sudah berada pada tingkat proaktif. RS A.M Parikesit masih perlu terus mempertahankan dan meningkatkan maturitas budaya keselamatan pasien menuju ke generative. Maka

dari itu komite keselamatan pasien di rumah sakit perlu meningkatkan lagi strategi dalam peningkatan budaya keselamatan pasien dengan mengikut sertakan seluruh elemen yang ada di rumah sakit dengan dukungan yang penuh dari manajemen rumah sakit.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian mengenai analisis faktor yang mempengaruhi maturitas budaya keselamatan pasien pada tenaga medis dan paramedis di RSUD AM Parikesit Tenggarong Tahun 2017, peneliti merumuskan kesimpulan sebagai berikut:

1. Ada pengaruh kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien pada tenaga medis dan paramedis di RSUD AM Parikesit Tenggarong Tahun 2017.
2. Ada pengaruh komunikasi terhadap maturitas budaya keselamatan pasien pada tenaga medis dan paramedis di RSUD AM Parikesit Tenggarong Tahun 2017.
3. Ada pengaruh kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien pada tenaga medis dan paramedis di RSUD AM Parikesit Tenggarong Tahun 2017.

B. SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang telah dirumuskan, maka dikemukakan beberapa saran atau rekomendasi sebagai berikut :

1. Disarankan kepada pihak manajemen RSUD AM Parikesit, agar lebih memperhatikan komponen kepemimpinan dari bagian pengarahan masih didapatkan masalah dari pemberian penghargaan dan pemberian sanksi, perlu diatur baik dalam kebijakan dan prosedur. Komponen kepemimpinan terkait supervisi perlu penambahan jadwal dan waktu pelatihan keselamatan pasien terhadap karyawan RS.
2. Disarankan kepada pihak manajemen RSUD AM Parikesit, agar lebih memperhatikan komponen komunikasi terkait masalah waktu operan, dari hasil penelitian merupakan kendala yang cukup besar dimana masih banyak karyawan memperlumaskan sewaktu operan perlu ditindak lanjut dengan melakukan pemantauan dan pelatihan terkait operan baik antar unit maupun antar shift bertugas.
3. Disarankan kepada pihak manajemen RSUD AM Parikesit agar lebih memperhatikan komponen kerja tim yaitu kenyamanan pembagian tugas, disarankan untuk lebih memperhatikan tingkat Pendidikan dan pelatihan masing-masing petugas, seperti dalam keperawatan Pendidikan klinis (PK) dalam setiap shift jaga agar lebih terbagi secara baik
4. Hasil maturitas budaya keselamatan pasien di RS AM Parikesit didapatkan dalam tingkat Proaktif yang masih dalam tahap awal, dimana dari hasil penelitian beberapa variabel masih ditemukan masalah antara lain : pada komitmen yaitu variabel atasan

memberikan pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur untuk keselamatan pasien dan pada variabel bila beban kerja tinggi, maka atasan meminta bekerja dengan lebih cepat dan tetap harus sesuai dengan prosedur /SOP, pada kesalahan sistem dan tanggung jawab individual yaitu variabel bila melakukan kesalahan dalam melayani pasien, merasa kesalahan tersebut tidak akan mengancam/memojokkan, variabel bila suatu kejadian dilaporkan (baik KNC atau KTD) maka yang menjadi fokus pembicaraan adalah masalahnya bukan orang yang berbuat salah, dan variabel tidak merasa khawatir kesalahan yang dibuat akan dicatat oleh pimpinan, pada evaluasi insidens dan best practice yaitu variabel jika ada Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pada pasien terjadi di unit ini adalah bukan suatu hal yang kebetulan, dan variabel kami tidak memiliki masalah mengenai keselamatan pasien di unit ini, pada manajemen personalia dan isu keselamatan yaitu variabel memiliki jumlah staf yang cukup untuk menangani beban kerja yang berat di unit ini, variabel pegawai di unit ini bekerja sampai lembur untuk melayani pasien, dan variabel pegawai di unit ini bekerja sampai lembur untuk melayani pasien, pada Pendidikan dan pelatihan staf yaitu variabel pendidikan dan pelatihan dilakukan secara berkelanjutan dan variabel ada tindak lanjut dari manajemen dalam mengevaluasi pengaplikasian hasil pendidikan dan pelatihan, pada kerja sama tim yaitu variabel jika

melakukan kesalahan dalam pekerjaan, sering disalahkan, pada respon *non-punitive* yaitu variabel ketika sebuah insiden dilaporkan, merasa pelakunya yang dibicarakan, bukan masalahnya, dan variabel khawatir kesalahan yang diperbuat akan dicatat dalam penilaian kinerja, dan pada pergantian shift dan perpindahan pasien yaitu variabel ketika memindahkan pasien dari satu unit ke unit lain, pernah terjadi hal-hal buruk yang tidak diinginkan seperti pasien jatuh, kesalahan menginformasikan keadaan pasien dan sebagainya, variabel Informasi penting yang berkaitan dengan keselamatan pasien selalu tidak tersampaikan kepada petugas berikutnya saat pergantian shift, variabel selalu muncul masalah saat melakukan pertukaran informasi antar unit di rumah sakit. Semua temuan yang ada harus merupakan perhatian dan adanya tindak lanjut untuk memperbaiki hasil yang didapat, baik dengan melakukan sosialisasi kembali dan pelatihan serta dengan monitoring evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien.

5. Untuk penelitian selanjutnya :

- a. Penelitian ini hanya terbatas pada sejumlah sampel dan pada satu rumah sakit sehingga peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian di beberapa rumah sakit dan memperbesar jumlah sampel.
- b. Penelitian ini menganalisis beberapa variabel terhadap maturitas budaya keselamatan pasien, sementara masih

banyak dimensi variabel lain yang bisa memberi pengaruh terhadap tingkat maturitas budaya keselamatan pasien sehingga penelitian selanjutnya dapat menguji ulang model penelitian ini dengan menambah variabel-variabel lain yang relevan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. (2004). Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Jakarta: UI Press
- Budihardjo, Andreas. 2008. Pentingnya Safety Culture di Rumah Sakit. Integritas-Jurnal Manajemen, Vol 10 (1) ; 53-70.
- Buerhaus, P. (2004). Lucian Leape on Patient Safety in US Hospitas. Journal nursing of scholarship, 4(36).
- Cahyono,S.B.(2008). Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik kedokteran.Yogyakarta : Kanisius
- Cooper M. (2000). Towards a model of safety culture. Safety Science, 36, 111-136.
- Departemen Kesehatan RI. (2006). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Utamakan Keselamatan Pasien Edisi 2. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan RI. (2011). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety): Utamakan Keselamatan Pasien. Jakarta: Depkes RI
- Denison, D.R., S. Haaldan, and P. Goelzer. (2004). Corporate culture and organizational effectiveness: is Asia different from the rest of the world?.Organizational Dynamics. Vol. 33 (1): 98-109.
- Devi Nurmalia. (2012). Pengaruh Program Mentoring Keperawatan Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RS Islam Sultan Agung Semarang. Tesis. Universitas Indonesia.
- Dwi Utari Widyastuti.(2012). Pengembangan Sistem Informasi Indikator Keselamatan Pasien untuk Mendukung Monitoring Mutu Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Haji Surabaya.Tesis. Program Pasca sarjana Magister Kesehatan Masyarakat. Universitas Diponegoro.
- Endsley, M. R.(1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. Human Factors, 37, 32–64.
- Ferguson, J. & Fakelman, R. (2005). The Culture Factor. Proquest Health Management, 1 (22).

- Flemming, Mark. (2000). Patient Safety Culture: Sharing and Learning From Each Other.
- Flemming, Mark. (2005). Patient safety culture measurement: a "how to" guide. *Healthcare Quarterly* Vol 8: 14-19.
- Fleming, M. (2008). Patient Safety Culcure Improvement tool: Development & Guidekines for use. *Healthcare Quzrterly*. 11: 10-15.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in health care: A case of accurate diagnosis. *International Journal for Quality in Health Care*
- Geller, E. Scott.(2000). *The Psychology of Safety Handbook*. Boca, Raton, London, New York, Washington, D.C.: Lewis Publishers.
- Gillies. (2000). *Manajemen Keperawatan: suatu pendekatan sistem* (Neng Hati Sawiji, Penerjemah). Bandung. Yayasan IAPKP.
- Gibson et al. (2006). *Organization behavior structure processes twelfth edition*. New York: Mc Graw Hill Int.
- Jackson. L & Flin, R. (2003). Leadership for Safety: Industrial Experience. *Qual. Saf. Health Care*. Vol. 13 : 45-51.
- Jianhong. (2004). Safety culture in surgical residency program across Virginia.
- Joint Commission International. (2006). *Patient safety, essentials for health care.(International Edition)*. USA:
- KARS.(2006). *Standar Pelayanan Ramah Sakit, Instrumen Penilaian Akreditasi RS*. Bandung.
- Kementerian Kesehatan. (2011). *Permenkes RI Nomor 1691 Menkes Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*
- Kennedy, R. and Kirwan, B.(1998). Development of a Hazard and OperabilityBased Method for Identifying Safety Management Vulnerabilities in High Risk Systems. *Safety Science*. vol. 30 ;249-274.
- KKP-RS. (2011). *Laporan Insiden Keselamatan Pasien*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Kohn et al. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Committee on quality of health care in America. IOM. National Academy of Science

- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008). Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. Jakarta: KKPRS.
- Nieva, V.F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Saf Healthcare*; 12(Suppl II): 17-23.
- NPSA (National Patient Safety Agency). (2004). Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Manchester: University of Manchester
- Pronovost et al. (2003). Assessing safety culture: guidelines and recommendation. *Quality and Safety Health*. 14, 231-233
- Rachmawati, Emma. (2011). Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah-Aisyiyah Tahun 2011 [Disertasi]. Depok: Universitas Indonesia
- Reiling, J.G. (2006). Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. *Journal Advance in Patient Safety*, 2 (20).
- Reis, et al. (2006). Patient safety essential for health care. Joint Comission International.
- Scott-Cawiezell & Vogelsmeier. (2006). The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. *Health Service Research Policy*. 8(2), 105-117
- Sugiyono.(2006). Statistika untuk penelitian.Bandung;Alfabeta
- Swansburg, R.C. (2000). Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis. Jakarta: EG
- Vincent. (2005). Patient safety book. Churchill Livingstone.
- Walshe, K. & Boaden, R .(2006). Patient safety: Research into practice. New York: Open University Press
- Weiner, S.J. (2007). Evaluating Physician Performance at individualizing Care: A pilot Study Tracking Contextual errors in Medical Decision Making, *Med Decis Making*: 27;726-734
- WHO. (2009). Human Factor in Patient Safety: Reviews on topics and tool.
- WHO. (2007). WHO Collaborating cenetrfor patient safety. Joint Comission and Joint Comission International Solutions.

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Kepada Yth,
Bpk/Ibu Instalasi

Di
RSUD A.M. Parikesit Tenggarong

Dengan Hormat,

Ditengah kesibukan bapak/ibu saat ini, perkenankanlah saya memohon bantuan bapak/ibu perawat untuk meluangkan waktu sejenak guna mengisi daftar pertanyaan ini secara jujur dengan keadaan sebenarnya dan saya akan menjamin kerahasiaan identitas bapak/ibu.

Tujuan pengisian kuesioner ini adalah sebagai bahan penelitian dalam rangka penyusunan tesis yang berjudul “Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi serta Kerja Tim terhadap Maturitas Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A.M. Parikesit Tenggarong Tahun 2017”. Kesediaan bapak/ibu mengisi daftar pertanyaan merupakan bantuan yang sangat berharga bagi peneliti.

Atas perkenan bantuan dan kerja sama bapak/ibu saya ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti,

.....

Petunjuk Pengisian kuesioner

1. Mohon partisipasi Bapak/Ibu/Saudara untuk mengisi kuesioner ini.
2. Kami sangat berterima kasih apabila Bapak/Ibu/Saudara menjawab sejujur-jujurnya dan menggambarkan kondisi yang sebenar-benarnya sehingga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi peningkatan kematangan budaya keselamatan pasien.
3. Jawaban Bapak/Ibu/Saudara hanya untuk keperluan ilmiah dan tidak berpengaruh terhadap penilaian kondisi Bapak/Ibu/Saudara, oleh karena itu diharapkan kerjasamanya dengan mengisi kuisisioner ini sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan kondisi yang sebenarnya.
4. Beri tanda check list pada jawaban yang anda anggap benar :
 - a. Check list **STS**, bila **sangat tidak setuju** :
Pernyataan tersebut **sangat tidak sesuai** dengan kondisi yang dialami saat ini (bernilai 1)
 - b. Check list **TS**, bila **tidak setuju**
Pernyataan tersebut **tidak sesuai** dengan kondisi yang dialami saat ini (bernilai 2)
 - c. Check list **S**, bila **setuju**
Pernyataan tersebut **sesuai namun belum optimal** dengan kondisi yang dialami saat ini (bernilai 3)
 - d. Check list **SS**, bila **sangat setuju**
Pernyataan tersebut **sangat sesuai** dengan kondisi yang dialami saat ini (bernilai 4)

DATA RESPONDEN

Nama : (boleh inisial)

Profesi :

Unit Kerja :

Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan

Usia :

1. Di bawah 25 tahun
2. 25 tahun – 35 tahun
3. 36 tahun – 45 tahun
4. 46 tahun – 50 tahun
5. Di atas 50 tahun

Pendidikan terakhir :

1. SMA/SMK
2. D1
3. D3
4. S1/D4
5. S2
6. Profesi (Dokter, Dokter Spesialis, Ners.)

Lama kerja :(pilih salah satu)

- Kurang dari satu tahun
- 1 – 5 tahun
- 6 – 10 tahun
- 11 – 20 tahun
- Lebih dari 20 tahun

Status Kepegawaian :

1. PNS
2. Non PNS/Kontrak

Pelatihan terkait keselamatan pasien yang pernah diikuti :

.....
.....

1. Pernyataan tentang Variabel Kepemimpinan

NO	KEPEMIMPINAN	STS	TS	S	SS
		SANGAT TIDAK SETUJU	TIDAK SETUJU	SETUJU	SANGAT SETUJU
		1	2	3	4
A.	PENGARAHAN				
1.	Wadir Pelayanan dapat mendelegasikan wewenang dengan baik terhadap bawahannya terkait penerapan <i>patient safety</i>	1	2	3	4
2.	Wadir pelayanan memberikan penghargaan bagi karyawan yang memiliki kinerja baik dalam meningkatkan program <i>patient safety</i>	1	2	3	4
3	Wadir pelayanan memberikan sanksi yang tegas terhadap kesalahan yang dilakukan oleh karyawan terkait penerapan <i>patient safety</i>	1	2	3	4
B	SUPERVISI				
4.	Wadir pelayanan memberikan kebebasan terhadap karyawan yang	1	2	3	4

NO	KEPEMIMPINAN	STS	TS	S	SS
		SANGAT TIDAK SETUJU	TIDAK SETUJU	SETUJU	SANGAT SETUJU
		1	2	3	4
	ingin memberikan pendapat terkait issue <i>patient safety</i>				
5.	Wadir pelayanan selalu memberikan, bimbingan dan dorongan kepada karyawan terkait penerapan <i>patient safety</i>	1	2	3	4
6	Wadir pelayanan selalu melakukan pengawasan terhadap penerapan prosedur <i>patient safety</i>	1	2	3	4
7	Wadir pelayanan saya secara rutin mengadakan pelatihan keselamatan pasien bagi pegawai.	1	2	3	4
C.	Koordinasi				
8.	Wadir pelayanan memiliki hubungan yang baik kepada karyawan	1	2	3	4
9.	Wadir pelayanan selalu mampu menciptakan suasana kerja yang kondusif dan aman	1	2	3	4

NO	KEPEMIMPINAN	STS	TS	S	SS
		SANGAT TIDAK SETUJU	TIDAK SETUJU	SETUJU	SANGAT SETUJU
		1	2	3	4
10	Wadir pelayanan melibatkan karyawan dalam membuat keputusan terkait peneapan <i>patient safety</i>	1	2	3	4

2. Pernyataan tentang Variabel Komunikasi

NO	KOMUNIKASI	STS	TS	S	SS
		SANGAT TIDAK SETUJU	TIDAK SETUJU	SETUJU	SANGAT SETUJU
		1	2	3	4
A	Kepercayaan dan Keterbukaan				
1	Kami mendapat umpan balik positif apabila ada suatu kejadian yang dilaporkan.	1	2	3	4
2	Setiap orang wajib memperingatkan apabila melihat segala sesuatu yang dapat mengancam keselamatan pasien.	1	2	3	4
B	Proses dan informasi				
3	Pegawai bebas menyatakan pendapat dan memberi usulan	1	2	3	4

NO	KOMUNIKASI	STS	TS	S	SS
		SANGAT TIDAK SETUJU	TIDAK SETUJU	SETUJU	SANGAT SETUJU
		1	2	3	4
	kebijakan yang sesuai untuk diterapkan				
4	Informasi perawatan pasien yang penting selalu tersedia saat pergantian shift.	1	2	3	4
C	Arti Penting Keselamatan Pasien				
5	Setiap masalah pasien yang terjadi dirumah sakit selalu didiskusikan bersama dan dicari jalan keluarnya.	1	2	3	4
6	Di unit ini, kami mendiskusikan bagaimana cara mencegah terjadinya kesalahan atau Kejadian Tidak Diinginkan	1	2	3	4
D	Perhatian dan pengenalan pentingnya keselamatan				
7	Staff diberi kesempatan untuk bertanya apabila ada sesuatu yang berjalan tidak semestinya.	1	2	3	4

NO	KOMUNIKASI	STS	TS	S	SS
		SANGAT TIDAK SETUJU	TIDAK SETUJU	SETUJU	SANGAT SETUJU
		1	2	3	4
8	Tidak pernah terjadi masalah sewaktu operan antar unit.	1	2	3	4

3. Pernyataan tentang Variabel Kerja Tim

NO	KERJA TIM	STS	TS	S	SS
		SANGAT TIDAK SETUJU	TIDAK SETUJU	SETUJU	SANGAT SETUJU
		1	2	3	4
A	Komitmen Pada Tujuan				
1.	Saya dan rekan kerja saya berkomitmen untuk mendukung rumah sakit ini dalam meningkatkan program keselamatan pasien yang lebih baik	1	2	3	4
2	Rekan kerja saya tidak pernah merasa keberatan ketika diajak berdiskusi tentang peningkatan keselamatan pasien	1	2	3	4
B	Komunikasi ide dan gagasan				
3	Wadir pelayanan selalu ikut berkordinasi terhadap	1	2	3	4

NO	KERJA TIM	STS	TS	S	SS
		SANGAT TIDAK SETUJU	TIDAK SETUJU	SETUJU	SANGAT SETUJU
		1	2	3	4
	kegiatan yang terkait dengan peningkatan program <i>patient safety</i> .				
4	Saya merasa nyaman dan tidak kesusahan saat pembagian tugas dengan rekan kerja saya	1	2	3	4
C	Efektivitas Interpersonal				
5	Saya dan rekan kerja saya mampu berkordinasi dengan baik untuk mewujudkan pelayanan pasien yang sesuai dengan prosedur <i>patient safety</i>	1	2	3	4

4. Pernyataan tentang Variabel Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

NO	MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	STS	TS	S	SS
		SANGAT TIDAK SETUJU	TIDAK SETUJU	SETUJU	SANGAT SETUJU
A	KOMITMEN PADA KESELURUHAN PERBAIKAN BERKELANJUTAN				
1.	Atasan saya memberikan pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan	1	2	3	4

NO	MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	STS SANGAT TIDAK SETUJU	TS TIDAK SETUJU	S SETUJU	SS SANGAT SETUJU
	sesuai prosedur untuk keselamatan pasien				
2	Saya merasa atasan saya sudah mendengar dan mempertimbangkan saran dari staf untuk meningkatkan keselamatan pasien dengan serius.	1	2	3	4
3	Bila beban kerja tinggi, maka atasan kami meminta kami bekerja dengan lebih cepat dan tetap harus sesuai dengan prosedur /SOP	1	2	3	4
4	Atasan saya selalu mengantisipasi masalah keselamatan pasien (KTD maupun KNC) yang telah terjadi berulang-ulang.	1	2	3	4
B	PRIORITAS UNTUK KESELAMATAN				
5	Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mendukung bagi keselamatan pasien	1	2	3	4
6	Kebijakan manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas	1	2	3	4
7	Manajemen rumah sakit harus peduli terhadap keselamatan pasien jika terjadi KTD maupun KNC	1	2	3	4

NO	MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	STS SANGAT TIDAK SETUJU	TS TIDAK SETUJU	S SETUJU	SS SANGAT SETUJU
C	KESALAHAN SISTEM DAN TANGGUNG JAWAB INDIVIDUAL				
8	Bila melakukan kesalahan dalam melayani pasien, saya merasa kesalahan tersebut tidak akan mengancam/memojokkan saya.	1	2	3	4
9	Bila suatu kejadian dilaporkan (baik KNC atau KTD) maka yang menjadi fokus pembicaraan adalah masalahnya bukan orang yang berbuat salah	1	2	3	4
10	Saya tidak merasa khawatir kesalahan yang saya buat akan dicatat oleh pimpinan	1	2	3	4
D	PENCATATAN INSIDEN DAN <i>BEST PRACTICE</i>				
11	Saya selalu melaporkan hal, ketika kesalahan terjadi, tetapi hal tersebut segera diketahui dan dikoreksi sebelum mempengaruhi atau berdampak pada pasien	1	2	3	4
12	Saya selalu melaporkan hal, ketika kesalahan terjadi, namun tidak berpotensi untuk membahayakan pasien.	1	2	3	4
13	Saya selalu melaporkan hal, ketika kesalahan	1	2	3	4

NO	MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	STS SANGAT TIDAK SETUJU	TS TIDAK SETUJU	S SETUJU	SS SANGAT SETUJU
	terjadi, yang berpotensi membahayakan pasien, walaupun hal yang buruk tidak terjadi pada pasien.				
E	EVALUASI INSIDEN DAN <i>BEST PRACTICE</i>				
14	Jika ada Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pada pasien terjadi di unit ini adalah bukan suatu hal yang kebetulan	1	2	3	4
15	Staf di unit kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien dengan alasan banyak pekerjaan	1	2	3	4
16	Kami tidak memiliki masalah mengenai keselamatan pasien di unit ini	1	2	3	4
17	Prosedur dan sistem kami sudah baik dalam mencegah terjadinya kesalahan/error (KTD atau KNC)	1	2	3	4
F.	PEMBELAJARAN DAN PENGEFEKTIFAN PERUBAHAN				
18	Dalam unit/instalasi ini kami secara aktif melakukan kegiatan untuk keselamatan pasien (sosialisasi, bertukar informasi, diskusi mengenai keselamatan pasien)	1	2	3	4

NO	MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	STS SANGAT TIDAK SETUJU	TS TIDAK SETUJU	S SETUJU	SS SANGAT SETUJU
19	Kesalahan yang terjadi di unit/instalasi ini dijadikan pemicu untuk perubahan yang lebih baik	1	2	3	4
20	Setelah kami melakukan pelayanan kepada pasien demi keselamatan pasien, maka kami senantiasa mengevaluasi keefektifannya	1	2	3	4
G.	KOMUNIKASI TENTANG ISU KESELAMATAN				
21	Kami bebas mengungkapkan pendapat jika melihat sesuatu yang bisa berdampak negatif terhadap pelayanan pasien	1	2	3	4
22	Kami merasa bebas untuk bertanya kepada sesama perawat lain/dokter tentang keputusan maupun tindakan yang diambil di unit ini	1	2	3	4
23	Kami merasa tidak takut untuk bertanya ketika mengetahui ada yang tidak beres dalam pelayanan pasien	1	2	3	4
H	MANAJEMEN PERSONALIA DAN ISU KESELAMATAN				
24	Kami memiliki jumlah staf yang cukup untuk	1	2	3	4

NO	MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	STS SANGAT TIDAK SETUJU	TS TIDAK SETUJU	S SETUJU	SS SANGAT SETUJU
	menangani beban kerja yang berat di unit ini				
25	Pegawai di unit ini bekerja sampai lembur untuk melayani pasien.	1	2	3	4
26	Unit ini sering menggunakan tenaga honorer/cadangan untuk melayani pasien	1	2	3	4
I	PENDIDIKAN DAN PELATIHAN STAF				
27	Pendidikan dan pelatihan dilakukan secara berkelanjutan	1	2	3	4
28	Pendidikan dan pelatihan dilakukan dengan melibatkan staf sesuai dengan kebutuhan	1	2	3	4
29	Selalu dilakukan sharing dan sosialisasi setelah proses pendidikan dan pelatihan	1	2	3	4
30	Ada tindak lanjut dari manajemen dalam mengevaluasi pengaplikasian hasil pendidikan dan pelatihan	1	2	3	4
J	KERJA SAMA TIM				
31	Kami sesama staf di unit ini saling mendukung satu sama lain	1	2	3	4
32	Kami memiliki jumlah staf yang cukup untuk	1	2	3	4

NO	MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	STS SANGAT TIDAK SETUJU	TS TIDAK SETUJU	S SETUJU	SS SANGAT SETUJU
	menangani beban kerja yang berat di unit ini				
33	Jika banyak pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat, kami saling bekerja sama sebagai tim	1	2	3	4
34	Saya merasa setiap orang di unit ini saling menghargai satu sama lain.	1	2	3	4
K	RESPON NON-PUNITIVE				
35	Saya merasa jika saya melakukan kesalahan dalam pekerjaan, saya sering disalahkan	4	3	2	1
36	Ketika sebuah insiden dilaporkan, saya merasa pelakunya yang dibicarakan, bukan masalahnya	4	3	2	1
37	Saya khawatir kesalahan yang saya perbuat akan dicatat dalam penilaian kinerja saya	4	3	2	1
L	Pergantian shift dan perpindahan pasien (serah terima)				
38	Ketika memindahkan pasien dari satu unit ke unit lain, pernah terjadi hal-hal buruk yang tidak diinginkan seperti pasien jatuh, kesalahan menginformasikan	4	3	2	1

NO	MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	STS SANGAT TIDAK SETUJU	TS TIDAK SETUJU	S SETUJU	SS SANGAT SETUJU
	keadaan pasien dan sebagainya				
39	Informasi penting yang berkaitan dengan keselamatan pasien selalu tidak tersampaikan kepada petugas berikutnya saat pergantian shift	4	3	2	1
40	Selalu muncul masalah saat melakukan pertukaran informasi antar unit di rumah sakit	4	3	2	1
41	Pergantian shift merupakan masalah bagi pasien di rumah sakit ini	4	3	2	1

Lampiran 2 : Daftar Tabel Hasil Penelitian

Tabel 16
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan Tentang
Variabel Kepemimpinan di RS A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017

No	Pernyataan	Kepemimpinan							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	N	%	n	%	n	%
A	Pengarahan								
1	Pendelegasian wewenang	0	0	1	0,6	163	93,1	11	6,3
2	Pemberian penghargaan	1	0,6	44	25,1	105	60,0	25	14,3
3	Pemberikan sanksi	1	0,6	19	10,9	139	79,4	16	9,1
B	Supervisi								
4	Pemberian kebebasan	0	0	7	4,0	146	83,4	22	12,6
5	Bimbingan dan dorongan	0	0	9	5,1	137	78,3	29	16,6
6	Pengawasan penerapan prosedur <i>patient safety</i>	0	0	6	3,4	149	85,1	20	11,4
7	pelatihan keselamatan pasien	0	0	28	16,0	125	71,4	22	12,6
C	Koordinasi								
8	hubungan baik	0	0	3	1,7	133	76,0	39	22,3

No	Pernyataan	Kepemimpinan							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	N	%	n	%	n	%
9	menciptakan suasana kerja kondusif	0	0	3	1,7	143	81,7	29	16,6
10	melibatkan karyawan	0	0	12	6,9	141	80,6	22	12,6

Tabel 18
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan Tentang Variabel Komunikasi di RS A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017

No	Pernyataan	Komunikasi							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	N	%	n	%	n	%
A	Kepercayaan dan Keterbukaan								
1	umpan balik positif.	1	0,6	13	7,4	144	82,3	17	9,7
2	memperingatkan apabila mengancam keselamatan pasien.	0	0	1	0,6	128	73,1	46	26,3
B	Proses dan Informasi								
3	Kebebasan menyatakan pendapat	1	0,6	5	2,9	130	74,3	39	22,3
4	Informasi pasien penting selalu tersedia.	1	0,6	5	2,9	130	74,3	39	22,3

No	Pernyataan	Komunikasi							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	N	%	n	%	n	%
c	Arti penting keselamatan pasien								
5	Setiap masalah pasien selalu didiskusikan.	0	0	6	3,4	119	68,0	50	28,6
6	Diskusi cara mencegah Kejadian Tidak Diinginkan	0	0	2	1,1	119	68,0	54	30,9
D	Perhatian dan pengenalan pentingnya keselamatan								
7	Kesempatan untuk bertanya	0	0	3	1,7	125	71,4	47	26,9
8	Tidak masalah sewaktu operan	1	0,6	53	30,3	109	62,3	12	6,9

Tabel 20
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan Tentang
Variabel Kerja Tim di RS A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017

No	Pernyataan	Kerja Tim							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	N	%	n	%	n	%
a	Komitmen Pada tujuan								
1	Komitmen mendukung rumah sakit meningkatkan program keselamatan pasien	0	0	0	0	107	61,1	68	38,9
2	Diskusi tentang peningkatan keselamatan pasien	0	0	2	1,1	126	72,0	47	26,9
B	Komunikasi ide dan gagasan								
3	Kordinasi kegiatan peningkatan program <i>patient safety</i> .	0	0	1	0,6	138	78,9	36	20,6
4	Kenyaman pembagian tugas	0	0	8	4,6	132	75,4	35	20,0
C	Efektivitas Interpersonal								
5	Kordinasi prosedur <i>patient safety</i>	1	0,6	3	1,7	135	77,1	36	20,6

Tabel 22
Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pernyataan Tentang
Variabel Maturitas Keselamatan Pasien di RS A.M Parikesit Tenggarong
Tahun 2017

No	Pernyataan	Maturitas Keselamatan Pasien							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	n	%	N	%	N	%
a	Komitmen Pada Keseluruhan Perbaikan Berkelanjutan								
1	Atasan saya memberikan pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur untuk keselamatan pasien	2	1,1	22	12,6	118	67,4	33	18,9
2	Saya merasa atasan saya sudah mendengar dan mempertimbangkan saran dari staf untuk meningkatkan keselamatan pasien dengan serius.	2	1,1	8	4,6	131	74,9	34	19,4
3	Bila beban kerja tinggi, maka atasan kami meminta kami bekerja dengan lebih cepat dan tetap harus sesuai dengan prosedur /SOP	1	0,6	23	13,1	129	73,7	22	12,6
4	Atasan saya selalu mengantisipasi masalah keselamatan pasien (KTD maupun KNC) yang telah terjadi berulang-ulang.	1	0,6	6	3,4	136	77,7	32	18,3
B	Prioritas untuk keselamatan								
5	Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mendukung bagi keselamatan pasien	0	0	13	7,4	145	82,9	17	9,7
6	Kebijakan manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas	0	0	4	2,3	131	74,9	40	22,9

No	Pernyataan	Maturitas Keselamatan Pasien							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	n	%	N	%	N	%
7	Manajemen rumah sakit harus peduli terhadap keselamatan pasien jika terjadi KTD maupun KNC	0	0	2	1,1	131	74,9	42	24,0
C	Kesalahan sistem dan tanggung jawab individual								
8	Bila melakukan kesalahan dalam melayani pasien, saya merasa kesalahan tersebut tidak akan mengancam/memojokkan saya.	3	1,7	56	32,0	102	58,3	14	8,0
9	Bila suatu kejadian dilaporkan (baik KNC atau KTD) maka yang menjadi fokus pembicaraan adalah masalahnya bukan orang yang berbuat salah	1	0,6	23	13,1	115	65,7	36	20,6
10	Saya tidak merasa khawatir kesalahan yang saya buat akan dicatat oleh pimpinan	14	8,0	40	22,9	103	58,9	18	10,3
D	Pencatatan insiden dan <i>best practice</i>								
11	Saya selalu melaporkan hal, ketika kesalahan terjadi, tetapi hal tersebut segera diketahui dan dikoreksi sebelum mempengaruhi atau berdampak pada pasien	0	0	8	4,6	142	81,1	25	14,3
12	Saya selalu melaporkan hal, ketika kesalahan terjadi, namun tidak berpotensi untuk membahayakan pasien.	0	0	4	2,3	149	85,1	22	12,6
13	Saya selalu melaporkan hal, ketika kesalahan terjadi, yang berpotensi membahayakan pasien,	0	0	4	2,3	145	82,9	26	14,9

No	Pernyataan	Maturitas Keselamatan Pasien							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	n	%	N	%	N	%
	walaupun hal yang buruk tidak terjadi pada pasien.								
E	Evaluasi insiden dan <i>best practice</i>								
14	Jika ada Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pada pasien terjadi di unit ini adalah bukan suatu hal yang kebetulan	5	2,9	24	13,7	129	73,7	17	9,7
15	Staf di unit kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien dengan alasan banyak pekerjaan	4	2,3	4	2,3	130	74,3	37	21,1
16	Kami tidak memiliki masalah mengenai keselamatan pasien di unit ini	0	0	35	20,0	123	70,3	17	9,7
17	Prosedur dan sistem kami sudah baik dalam mencegah terjadinya kesalahan/error (KTD atau KNC)	0	0	14	8,0	144	82,3	17	9,7
F.	Pembelajaran dan pengefektifan perubahan								
18	Dalam unit/instalasi ini kami secara aktif melakukan kegiatan untuk keselamatan pasien (sosialisasi, bertukar informasi, diskusi mengenai keselamatan pasien)	0	0	8	4,6	148	84,6	19	10,9
19	Kesalahan yang terjadi di unit/instalasi ini dijadikan pemicu untuk perubahan yang lebih baik	0	0	1	0,6	126	72,0	48	27,4
20	Setelah kami melakukan pelayanan kepada pasien demi keselamatan pasien, maka kami senantiasa mengevaluasi keefektifannya	1	0,6	2	1,1	146	83,4	26	14,9

No	Pernyataan	Maturitas Keselamatan Pasien							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	n	%	N	%	N	%
G.	Komunikasi tentang isu keselamatan								
21	Kami bebas mengungkapkan pendapat jika melihat sesuatu yang bisa berdampak negatif terhadap pelayanan pasien	1	0,6	7	4,0	140	80,0	27	15,4
22	Kami merasa bebas untuk bertanya kepada sesama perawat lain/dokter tentang keputusan maupun tindakan yang diambil di unit ini	1	0,6	4	2,3	148	84,6	22	12,6
23	Kami merasa tidak takut untuk bertanya ketika mengetahui ada yang tidak beres dalam pelayanan pasien	0	0	5	2,9	144	82,3	26	14,9
H	Manajemen personalia dan isu keselamatan								
24	Kami memiliki jumlah staf yang cukup untuk menangani beban kerja yang berat di unit ini	16	9,1	57	32,6	90	51,4	12	6,9
25	Pegawai di unit ini bekerja sampai lembur untuk melayani pasien.	6	3,4	28	16,0	110	62,9	31	17,7
26	Pegawai di unit ini bekerja sampai lembur untuk melayani pasien	7	4,0	43	24,6	101	57,7	24	13,7
I	Pendidikan dan pelatihan staf								
27	Pendidikan dan pelatihan dilakukan secara berkelanjutan	2	1,1	31	17,7	120	68,6	22	12,6
28	Pendidikan dan pelatihan dilakukan dengan melibatkan	2	1,1	16	9,1	141	80,6	16	9,1

No	Pernyataan	Maturitas Keselamatan Pasien							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	n	%	N	%	N	%
	staf sesuai dengan kebutuhan								
29	Selalu dilakukan sharing dan sosialisasi setelah proses pendidikan dan pelatihan	0	0	15	8,6	144	82,3	16	9,1
30	Ada tindak lanjut dari manajemen dalam mengevaluasi pengaplikasian hasil pendidikan dan pelatihan	1	0,6	30	17,1	123	70,3	21	12,0
J	KERJA sama tim								
31	Kami sesama staf di unit ini saling mendukung satu sama lain	1	0,6	1	0,6	120	68,6	53	30,3
32	Kami memiliki jumlah staf yang cukup untuk menangani beban kerja yang berat di unit ini	14	8,0	49	28,0	88	50,3	24	13,7
33	Jika banyak pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat, kami saling bekerja sama sebagai tim	0	0	2	1,1	123	70,3	50	28,6
34	Saya merasa setiap orang di unit ini saling menghargai satu sama lain.	0	0	3	1,7	125	71,4	47	26,9
K	Respon non-punitive								
35	Saya merasa jika saya melakukan kesalahan dalam pekerjaan, saya sering disalahkan	14	8,0	104	59,4	45	25,7	12	6,9
36	Ketika sebuah insiden dilaporkan, saya merasa pelakunya yang dibicarakan, bukan masalahnya	14	8,0	103	58,9	45	25,7	13	7,4

No	Pernyataan	Maturitas Keselamatan Pasien							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	%	n	%	N	%	N	%
37	Saya khawatir kesalahan yang saya perbuat akan dicatat dalam penilaian kinerja saya	12	6,9	82	46,9	65	37,1	16	9,1
L	Pergantian shift dan perpindahan pasien (serah terima)								
38	Ketika memindahkan pasien dari satu unit ke unit lain, pernah terjadi hal-hal buruk yang tidak diinginkan seperti pasien jatuh, kesalahan menginformasikan keadaan pasien dan sebagainya	22	12,6	112	64,0	39	22,3	2	1,1
39	Informasi penting yang berkaitan dengan keselamatan pasien selalu tidak tersampaikan kepada petugas berikutnya saat pergantian shift	30	17,1	121	69,1	20	11,4	4	2,3
40	Selalu muncul masalah saat melakukan pertukaran informasi antar unit di rumah sakit	26	14,9	113	64,6	31	17,7	5	2,9
41	Pergantian shift merupakan masalah bagi pasien di rumah sakit ini	32	18,3	113	64,6	27	15,4	3	1,7

Lampiran 3 : Hasil SPSS.

Frekuensi VARIABEL KEPEMIMPINAN, KOMUNIKASI, KERJA TIM DAN MATURITAS KESELAMATAN PASIEN

Statistics

		TKEPEMIMPIN AN	TKOMUNIKASI	TKERJATIM	TMATURITASK P
N	Valid	175	175	175	175
	Missing	0	0	0	0
Median		30.00	24.00	16.00	119.00
Minimum		22	20	13	96
Maximum		40	32	20	157

TKEPEMIMPINAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	22	1	.6	.6	.6	
	25	3	1.7	1.7	2.3	
	26	4	2.3	2.3	4.6	
	27	6	3.4	3.4	8.0	
	28	16	9.1	9.1	17.1	
	29	18	10.3	10.3	27.4	
	30	59	33.7	33.7	61.1	
	31	16	9.1	9.1	70.3	
	32	21	12.0	12.0	82.3	
	33	10	5.7	5.7	88.0	
	34	6	3.4	3.4	91.4	
	35	8	4.6	4.6	96.0	
	36	3	1.7	1.7	97.7	
	37	1	.6	.6	98.3	
	39	1	.6	.6	98.9	
	40	2	1.1	1.1	100.0	
	Total		175	100.0	100.0	

TKOMUNIKASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	1	.6	.6	.6
	21	2	1.1	1.1	1.7
	22	5	2.9	2.9	4.6
	23	36	20.6	20.6	25.1
	24	50	28.6	28.6	53.7
	25	18	10.3	10.3	64.0
	26	20	11.4	11.4	75.4
	27	16	9.1	9.1	84.6
	28	10	5.7	5.7	90.3
	29	8	4.6	4.6	94.9
	30	6	3.4	3.4	98.3
	32	3	1.7	1.7	100.0
Total		175	100.0	100.0	

TKERJATIM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13	2	1.1	1.1	1.1
	14	6	3.4	3.4	4.6
	15	76	43.4	43.4	48.0
	16	32	18.3	18.3	66.3
	17	22	12.6	12.6	78.9
	18	17	9.7	9.7	88.6
	19	11	6.3	6.3	94.9
	20	9	5.1	5.1	100.0
Total		175	100.0	100.0	

TMATURITASKP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	96	1	.6	.6	.6
	105	2	1.1	1.1	1.7
	106	1	.6	.6	2.3
	107	4	2.3	2.3	4.6
	108	5	2.9	2.9	7.4
	109	2	1.1	1.1	8.6
	110	6	3.4	3.4	12.0
	111	3	1.7	1.7	13.7
	112	4	2.3	2.3	16.0
	113	5	2.9	2.9	18.9
	114	11	6.3	6.3	25.1
	115	10	5.7	5.7	30.9
	116	5	2.9	2.9	33.7
	117	13	7.4	7.4	41.1
	118	13	7.4	7.4	48.6
	119	14	8.0	8.0	56.6
	120	10	5.7	5.7	62.3
	121	6	3.4	3.4	65.7
	122	9	5.1	5.1	70.9
	123	11	6.3	6.3	77.1
	124	6	3.4	3.4	80.6
	125	4	2.3	2.3	82.9
	126	2	1.1	1.1	84.0
	127	3	1.7	1.7	85.7
	128	6	3.4	3.4	89.1
	129	2	1.1	1.1	90.3
	130	3	1.7	1.7	92.0
	131	1	.6	.6	92.6
	132	8	4.6	4.6	97.1
	134	1	.6	.6	97.7
	138	1	.6	.6	98.3
	143	1	.6	.6	98.9

151	1	.6	.6	99.4
157	1	.6	.6	100.0
Total	175	100.0	100.0	

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TKEPEMIMPIN	TKOMUNIKASI	TKERJATIM
		AN		
N		175	175	175
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	30.57	25.09	16.18
	Std. Deviation	2.634	2.266	1.600
Most Extreme Differences	Absolute	.196	.221	.249
	Positive	.196	.221	.249
	Negative	-.141	-.133	-.185
Test Statistic		.196	.221	.249
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TMATURITASKP
N		175
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	119.37
	Std. Deviation	7.986
Most Extreme Differences	Absolute	.096
	Positive	.096
	Negative	-.062
Test Statistic		.096
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 ^c

Notes

Output Created		01-AUG-2017 00:24:07
Comments		
Input	Data	D:\RESEARCH ON PROGRESS\SPSS
		DRM.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	175
	File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		NONPAR CORR /VARIABLES=TKEPEMIMPINAN TKOMUNIKASI TKERJATIM TMATURITASKP /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.06
	Number of Cases Allowed	120989 cases ^a

			TKEPEMIMPIN	TKOMUNIKASI
			AN	
Spearman's rho	TKEPEMIMPINAN	Correlation Coefficient	1.000	.386**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	175	175
	TKOMUNIKASI	Correlation Coefficient	.386**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	175	175
TKERJATIM	Correlation Coefficient	.304**	.563**	

	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	175	175
TMATURITASKP	Correlation Coefficient	.482**	.554**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	175	175

Correlations

			TKERJATIM	TMATURITASKP
Spearman's rho	TKEPEMIMPINAN	Correlation Coefficient	.304**	.482**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000
		N	175	175
	TKOMUNIKASI	Correlation Coefficient	.563**	.554**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000
		N	175	175
	TKERJATIM	Correlation Coefficient	1.000	.558**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	175	175
	TMATURITASKP	Correlation Coefficient	.558**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	175	175

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Regression

Notes

Output Created		01-AUG-2017 00:25:52
Comments		
Input	Data	D:\RESEARCH ON PROGRESS\SPSS DRM.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	175
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
Syntax		REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT TMAURITASKP /METHOD=ENTER TKEPEMIMPINAN TKOMUNIKASI TKERJATIM.
Resources	Processor Time	00:00:00.06
	Elapsed Time	00:00:00.06
	Memory Required	3932 bytes
	Additional Memory Required for Residual Plots	0 bytes

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	TKERJATIM, TKEPEMIMPINAN, TKOMUNIKASI ^b		Enter

a. Dependent Variable: TMAURITASKP

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.714 ^a	.510	.501	5.641

a. Predictors: (Constant), TKERJATIM, TKEPEMIMPINAN, TKOMUNIKASI

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5654.286	3	1884.762	59.220	.000 ^b
	Residual	5442.308	171	31.826		
	Total	11096.594	174			

a. Dependent Variable: TMAURITASKP

b. Predictors: (Constant), TKERJATIM, TKEPEMIMPINAN, TKOMUNIKASI

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	41.472	5.918		7.008	.000
	TKEPEMIMPINAN	.924	.184	.305	5.034	.000

TKOMUNIKASI	1.022	.247	.290	4.144	.000
TKERJATIM	1.483	.331	.297	4.479	.000

a. Dependent Variable: TMAURITASKP

Frequencies

Notes		
Output Created		01-AUG-2017 00:26:43
Comments		
Input	Data	D:\RESEARCH ON PROGRESS\SPSS DRM.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	175
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=JenisKelamin Masakerja Usia PendidikanTerakhir StatusKepegawaian /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02

Statistics

		Jenis Kelamin	Masakerja	Usia	PendidikanTerakhir	StatusKepegawaian
N	Valid	175	175	175	175	175
	Missing	0	0	0	0	0
Median		2.00	3.00	2.00	2.00	2.00
Minimum		1	2	1	1	1
Maximum		2	5	5	5	2

Frequencies

Notes

Output Created		01-AUG-2017 00:28:03
Comments		
Input	Data	D:\RESEARCH ON PROGRESS\SPSS DRM.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	175
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=KKEPEMIMPINAN KKOMUNIKASI KKERJATIM KMATURITASKP /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

Statistics

		KKEPEMIMPIN AN	KKOMUNIKASI	KKERJATIM	KMATURITASK P
N	Valid	175	175	175	175
	Missing	0	0	0	0
Mean		1.73	1.75	1.52	1.51
Median		2.00	2.00	2.00	2.00
Minimum		1	1	1	1
Maximum		2	2	2	2

Frequency Table

KKEPEMIMPINAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG BAIK	48	27.4	27.4	27.4
	BAIK	127	72.6	72.6	100.0
Total		175	100.0	100.0	

KKOMUNIKASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG BAIK	44	25.1	25.1	25.1
	BAIK	131	74.9	74.9	100.0
Total		175	100.0	100.0	

KKERJATIM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG BAIK	84	48.0	48.0	48.0
	BAIK	91	52.0	52.0	100.0
Total		175	100.0	100.0	

KMATURITASKP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG BAIK	85	48.6	48.6	48.6
	BAIK	90	51.4	51.4	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

Frequencies

Notes

Output Created		02-AUG-2017 09:49:11
Comments		
Input	Data	D:\RESEARCH ON PROGRESS\SPSS DRM.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	175
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=JenisKelamin Masakerja Usia PendidikanTerakhir StatusKepegawaian /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02

Statistics

		Jenis Kelamin	Masakerja	Usia	PendidikanTerakhir	StatusKepegawaian
N	Valid	175	175	175	175	175
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.67	3.02	2.53	2.11	1.60
Median		2.00	3.00	2.00	2.00	2.00
Minimum		1	2	1	1	1
Maximum		2	5	5	5	2

Frequency Table

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	57	32.6	32.6	32.6
	Perempuan	118	67.4	67.4	100.0
Total		175	100.0	100.0	

Masakerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 tahun	71	40.6	40.6	40.6
	6-10 tahun	50	28.6	28.6	69.1
	11-20 tahun	33	18.9	18.9	88.0
	> 20 tahun	21	12.0	12.0	100.0
Total		175	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<25 tahun	9	5.1	5.1	5.1
	25 - 35 tahun	99	56.6	56.6	61.7
	36 - 45 tahun	43	24.6	24.6	86.3
	46 - 50 tahun	14	8.0	8.0	94.3
	> 50 tahun	10	5.7	5.7	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

PendidikanTerakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMA/SMK	42	24.0	24.0	24.0
	D3	91	52.0	52.0	76.0
	S1/D4	32	18.3	18.3	94.3
	PROFESI	10	5.7	5.7	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

StatusKepegawaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	70	40.0	40.0	40.0
	Non PNS/Kontrak	105	60.0	60.0	100.0
	Total	175	100.0	100.0	