

**PENGEMBANGAN MODEL KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL
BERBASIS SPIRITUAL TERHADAP BUDAYA ORGANISASI
DAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT KOTA PALU**



**FAJRILLAH KOLOMBOY
NIM: K013181002**

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL
BERBASIS SPIRITUAL TERHADAP BUDAYA ORGANISASI
DAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT KOTA PALU**

Disusun dan diajukan oleh:

FAJRILLAH KOLOMBOY
NIM: K013181002

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

DISERTASI

PENGEMBANGAN MODEL KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL BERBASIS SPIRITUAL TERHADAP BUDAYA ORGANISASI DAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT KOTA PALU

Disusun dan diajukan oleh

FAJRILLAH KOLOMBOY
Nomor Pokok K013181002

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 10 September 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat,


Prof. Sukri, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
Promotor


Dr. Fridawaty Rivai, SKM., M.Kes
Ko-Promotor


Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,


Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M. Med. Ed.

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat


Prof. Dr. Ridwan A, SKM, M.Kes, M.Sc.PH

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fajrillah Kolomboy

NIM : K013181002

Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Palu, September 2021

Yang Menyatakan,



Fajrillah Kolomboy

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan ridho-Nya serta salawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan disertasi ini dengan judul “Pengembangan Model Kepemimpinan Transformasional Berbasis Spiritual Terhadap Budaya Organisasi Dan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Kota Palu”.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan disertasi ini tidak terlepas dari keterlibatan berbagai pihak yang telah memberikan masukan yang sangat berarti. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat Maha terpelajar Prof. Sukri Palutturi, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D selaku Promotor, terpelajar Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,M.Kes dan Dr. Lalu Mohammad Saleh, SKM., M.Kes selaku Ko-Promotor, yang masing-masing telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh kesabaran, perhatian dan keikhlasan sehingga disertasi ini dapat terselesaikan mulai dari pengembangan topik penelitian hingga penulisan.

Penulis juga menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A., selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan di Universitas Hasanuddin.

2. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi pada Sekolah Pascasarjana.
3. Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M.Kes., M.Med.Ed., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat.
4. Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi program Pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Seluruh staf pengajar S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis.
6. Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH; Prof. Dr. dr.H.M. Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH; Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep dan Dr.dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua, sebagai Tim Penguji yang telah memberikan masukan dan dukungan dalam memperkaya disertasi ini.
7. Direktur dan civitas Poltekes Kemenkes Palu yang telah memberikan izin dan senantiasa memberikan bantuan moril serta motivasi untuk melanjutkan pendidikan.

8. Direktur, Manajemen, Kepala ruangan dan Perawat Pelaksana di Rumah sakit yang telah memberikan izin dan mendukung dalam penelitian ini.
9. Staf administrasi Prodi S3 Kesmas Unhas yang telah memberikan bantuan sejak awal hingga akhir dalam penyelesaian studi.
10. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2018, atas segala kerjasama dan partisipasi yang diberikan serta memberikan dorongan moril, kritik, dan saran yang bermanfaat bagi penulis.
11. Bapak Ibu Dewan Pengurus Pusat PPNI dan Dewan Pengurus PPNI Wilayah Provinsi Sulawesi Tengah yang telah memberikan masukan dan dukungan dalam penyelesaian disertasi ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa kami sebutkan satu persatu yang telah ikut membantu dalam kelancaran penulisan ini.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada orang tua saya tercinta, Ibunda Hadijah Datu Pamusu (Almh) dan Ibunda Sialangi Datu Pamusu (Almh), Ayahanda Radja Dewa Malonda, Bc.Hk, (Alm) yang telah melahirkan, membesarkan, dan mendidik saya sejak kecil dengan penuh kasih sayang walaupun telah tiada, mereka tetap menginspirasi hingga saya mampu mencapai keadaan seperti ini. Ucapan terima kasih yang tulus kepada mertua saya Hj. Andi Siti Nadira dan Dr. H. Syamsu Tabrich Aplatun, Sp.PD (Alm) yang telah senantiasa memberikan semangat

motivasi dan doa serta menginspirasi dalam melaksanakan tugas sehari-hari dan melanjutkan studi saya.

Rasa bangga dan terima kasih yang tidak terhingga kepada mereka yang amat saya sayangi, Istri saya tercinta Andi Fatmawati Syamsu, S.Kep,Ns., M.Kep, Sp.An dan anak-anakku tersayang Fariz Syamsu Ma'arif, Nabilah Dyah Ariani dan Nugraha Abdi Malonda atas segala pengertian, kesabaran, dukungan doa dan cinta kasih yang tidak ternilai. Kepada saudariku Aulia, S.Pt dan Ahmad Syaifullah Malonda, S.P serta saudara iparku Andi Moh Ilham S.Sos., M.Si; Andi Moh Takwa S.Kom (Alm) dan Andi Moh Tauhid, S.T yang selalu memberikan doa dan dukungan moril dalam menjalankan studi

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa disertasi ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga diharapkan saran yang membangun untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dan bermanfaat.

Makassar, September 2021

Penulis

ABSTRAK

FAJRILLAH KOLOMBOY. *Pengembangan Model Kepemimpinan Transformasional Berbasis Spiritual Terhadap Budaya Organisasi Dan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Kota Palu.* (Di bimbing oleh Sukri Palutturi, Fridawaty Rivai dan Lalu Muhammad Saleh)

Ketidakpedulian akan keselamatan pasien menyebabkan kerugian bagi pasien dan pihak rumah. Guna mengatasinya dibutuhkan peran pemimpin sebagai tokoh kunci untuk menumbuhkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit dengan melibatkan semua komponen tenaga kesehatan terutama perawat yang memiliki waktu kontak terlama dengan pasien melalui peran kepemimpinan kepala ruangan yang memiliki kontribusi sangat vital dan perlu dimodifikasi agar lebih optimal. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model kepemimpinan transformasional berbasis spiritual terhadap budaya organisasi dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

Penelitian ini dilakukan di rumah sakit Kota Palu dengan menggunakan *mixed methods* dengan jenis desain *concurrent embedded*. Analisis data menggunakan *NVivo plus*, *Confirmatory Factor Analysis* (CFA), *Path Analysis* dan *Structural Equation Modeling*. Jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak 12 orang informan dan 202 sampel dari 317 populasi perawat.

Hasil penelitian menunjukan bahwa ada 10 dimensi pembentuk kepemimpinan transformasional berbasis spiritual yaitu 1) pertimbangan individual; 2) motivasi inspirasional; 3) stimulasi intelektual; 4) kharismatik; 5) cinta tanpa pamrih; 6) visi; 7) harapan/ keyakinan; 8) keterampilan emosional; 9) keterampilan spiritual; 10) keterampilan sosial. Kepemimpinan transformasional berbasis spiritual berpengaruh langsung pada budaya organisasi dan budaya keselamatan pasien dengan masing-masing koefisien beta 0,62 dan 0,31. Model kepemimpinan transformasional berbasis spiritual yang dapat menguatkan budaya organisasi dan dapat menjadi elemen kunci dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Karakter pemimpin transformasional berbasis spiritual penting diadopsi oleh manager rumah sakit dalam mengelola rumah sakit terutama dalam aspek budaya keselamatan pasien.

Kata Kunci: Model Kepemimpinan, Budaya Organisasi, Budaya Keselamatan Pasien



ABSTRACT

FAJRILLAH KOLOMBOY. *Development of a Spiritual-Based Transformational Leadership Model on Organizational Culture and Patient Safety Culture in Palu City Hospital.* (Supervised by **Sukri Palutturi, Eridawaty Rivai** and **Lalu Muhammad Saleh**)

Ignorance of patient safety causes harm to patients and the home. To overcome this, a leader is needed as a key figure to foster a culture of patient safety in hospitals by involving all components of health workers, especially nurses who have the longest contact time with patients through the leadership role of the head of the room who has a very vital contribution and needs to be modified to be more optimal. This study aims to develop a spiritual-based transformational leadership model on organizational culture and patient safety culture in hospitals.

This research was conducted at the **Palu** City Hospital using mixed methods with a concurrent embedded design type. Data analysis used **NVivo** plus, Confirmatory Factor Analysis (CFA), Path Analysis and Structural Equation Modeling. The number of informants in this study were 12 informants and 202 samples from 317 nursing populations.

The results showed that there are 10 dimensions of spiritual-based transformational leadership, namely 1) individual considerations; 2) inspirational motivation; 3) intellectual stimulation; 4) charismatic; 5) unconditional love; 6) vision; 7) hope/ belief; 8) emotional skills; 9) spiritual skills; 10) social skills. Spiritual-based transformational leadership has a direct effect on organizational culture and patient safety culture with beta coefficients of 0.62 and 0.31 respectively. A spiritual-based transformational leadership model that can strengthen organizational culture and can be a key element in creating a patient safety culture. The character of a spiritual-based transformational leader is important to be adopted by hospital managers in managing hospitals, especially in the aspect of patient safety culture.

Keywords: **Leadership Model, Organizational Culture, Patient Safety Culture**



DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
PENGESAHAN PRA PROMOSI.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian.....	12
1. Tujuan Umum.....	12
2. Tujuan Khusus.....	13
D. Manfaat Penelitian	13
1. Manfaat Teoritis.....	13
2. Manfaat Praktis.....	13
3. Manfaat bagi peneliti	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	15
A. Budaya Keselamatan pasien	15
1. Pengertian	15
2. Dimensi budaya keselamatan pasien	19
3. Faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien	22
4. Penelitian terkait budaya keselamatan pasien	26
B. Kepemimpinan Transformasional.....	30
1. Pengertian	30
2. Dimensi kepemimpinan transformasional.....	32
3. Penelitian terkait kepemimpinan transformasional	37
C. Kepemimpinan Spiritual.....	41
1. Pengertian	41
2. Dimensi kepemimpinan spiritual	44
3. Penelitian terkait kepemimpinan spiritual	48

D. Budaya Organisasi	53
1. Pengertian	53
2. Dimensi budaya organisasi	57
3. Penelitian terkait budaya organisasi	61
E. Matriks Kajian Literatur	63
F. Devinisi Operasional	85
BAB III METODE PENELITIAN	96
A. Jenis Penelitian	96
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	97
C. Populasi dan Sampel	97
1. Penelitian Kualitatif	97
2. Penelitian Kuantitatif	98
D. Instrumen Penelitian	100
E. Prosedur pengambilan atau Pengumpulan Data	105
F. Analisis Data	108
G. Tahapan Penelitian	110
H. Hipotesis Penelitian	118
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	119
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	119
B. Hasil Penelitian	119
1. Hasil Penelitian Kualitatif	119
2. Hasil Penelitian Kuantitatif	130
C. PEMBAHASAN	154
1. Dimensi kepemimpinan transformasional spiritual di RSUD Anutapura Palu	154
2. Budaya organisasi di RSUD Anutapura Palu.	189
3. Budaya keselamatan pasien di RSUD Anutapura Palu.	192
4. Pengaruh Kepemimpinan transformasional berbasisi spiritual terhadap budaya organisasi di ruang rawat inap RSUD Anutapura Palu	196
5. Pengaruh Kepemimpinan transformasional berbasisi spiritual terhadap budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Anutapura Palu	201
6. Model Kepemimpinan Transformasional berbasis Spiritual ..	207
D. Keterbatasan Penelitian dan Agenda Penelitian	209

E. Novelty	210
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	211
A. Kesimpulan	211
B. Saran	212
DAFTAR PUSTAKA	214

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	:	19
Tabel 2.2	Perbedaan kepemimpinan transformasional dengan kepemimpinan spiritual	:	41
Tabel 2.3	Kajian Literatur Kepemimpinan Transformasional	:	63
Tabel 2.4	Kajian Literatur Kepemimpinan Spiritual		70
Tabel 2.5	Kajian Literatur Budaya Organisasi		76
Tabel 2.6	Kajian Literatur Budaya Keselamatan Pasien		78
Tabel 3.1	Perhitungan Proporsi Besar Sampel Pada Masing-Masing Ruangan Di Rumah Sakit Kota Palu	:	78
Tabel 3.2	Kisi – Kisi Instrumen	:	78
Tabel 4.1	Karakteristik Informan FGD Penelitian Variabel Kepemimpinan Berbasis Spiritual	:	120
Tabel 4.2	Analisis Tema Dan Subtema Hasil FGD Terkait Kepemimpinan Spiritual Berbasis Spiritual	:	128
Tabel 4.3	Distribusi Karakteristik Reponden Di Rumah Sakit Kota Palu	:	131
Tabel 4.4	Distribusi Indikator Kepemimpinan Transformasional Berbasis Spiritual di rumah sakit Kota Palu Tahun 2020	:	132
Tabel 4.5	Distribusi Responden Berdasarkan Kepemimpinan Transformasional Berbasis Spiritual di Rumah Sakit Kota Palu Tahun 2020	:	133
Tabel 4.6	Distribusi Indikator Budaya Organisasi di Rumah Sakit Kota Palu Tahun 2020	:	134

Tabel 4.7	Distribusi responden berdasarkan budaya organisasi di Rumah Sakit Kota Palu Tahun 2020	:	135
Tabel 4.8	Distribusi Indikator Budaya Keselamatan di Rumah Sakit Kota Palu Tahun 2020	:	136
Tabel 4.9	Distribusi responden berdasarkan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Kota Palu tahun 2020	:	136
Tabel 4.10	Hubungan kepemimpinan transformasional berbasis spiritual dengan budaya organisasi	:	137
Tabel 4.11	Hubungan Kepemimpinan transformasional berbasis spiritual dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Kota Palu tahun 2020	:	138
Tabel 4.12	Hasil Uji <i>Path Analysis</i>	:	144
Tabel 4.13	Hasil Uji <i>Strusctural Equation Modeling</i>	:	146

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Ringkasan skematik	:	18
Gambar 2.2	Ringkasan skematik dari dimensi kepemimpinan transformasional	:	27
Gambar 2.3	Model Kepemimpinan spiritual	:	36
Gambar 2.4	Proses terbentuknya budaya organisasi	:	44
Gambar 2.5	Kerangka teori	:	70
Gambar 2.6	Kerangka konsep	:	71
Gambar 3.1	Diagram alur penelitian	:	87
Gambar 4.1	Confirmatory factor analysis kepemimpinan transformasional berbasis spiritual	:	122
Gambar 4.2	Confirmatory factor analysis budaya organisasi	:	123
Gambar 4.3	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Budaya Keselamatan Pasien	:	124
Gambar 4.4	Hasil Path analysis pengaruh kepemimpinan transformasional berbasis spiritual terhadap budaya organisasi dan budaya keselamatan pasien	:	125
Gambar 4.5	Hasil <i>Structural Equation Modeling</i> Pengaruh Kepemimpinan Transformasional berbasis Spiritual terhadap Budaya Organisasi dan Budaya Keselamatan Pasien	:	127
Gambar 4.6	Model Kepemimpinan Transformasional berbasis Spiritual	:	148

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat rekomendasi etik
2. Surat izin penelitian
3. Surat izin uji kuesioner
4. Panduan *Focus Group Discussion*
5. Analisis *Focus Group Discussion*
6. Uji validitas dan reliabilitas Kuesioner
7. Kuesioner Kuantitatif
8. Analisis Multivariat (CFA, Path Analisis dan SEM)
9. Surat keterangan telah melaksanakan penelitian
10. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan global (Hamdan & Saleem, 2018) dan menjadi isu kesehatan yang sangat kompleks serta melibatkan banyak pihak (Paluturi, 2019). Setiap tahunnya terjadi 134 Juta Kasus dan berkontribusi terhadap 2,6 juta kematian yang terjadi dinegara yang berpenghasilan rendah dan menengah serta kegagalan langkah keselamatan pasien Sekitar 15% menguras biaya Rumah sakit (WHO, 2019).

Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan menurut Permenkes No 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien meliputi Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC); dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) serta KTD sentinel. Insiden keselamatan pasien terjadi karena perawatan pasien yang tidak aman di rumah sakit seperti kesalahan diagnostik dan kesalahan pengobatan yang tergolong dalam Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (Cases & Cases, 2019; Djasri, 2012; Mandell, 2015).

Hasil studi keselamatan pasien di Amerika pada akhir tahun 1990-an menemukan angka 3,9% dan 2,7% angka kejadian yang tidak diinginkan (KTD) pada pasien rawat inap. Dua puluh tahun kemudian, pengukuran dengan *Global Trigger Tool* menunjukkan bahwa KTD meningkat 10 kali lipat 32% (Djasri, 2012). Jenis yang tersering adalah

kesalahan pengobatan, kesalahan operasi dan kesalahan prosedur serta infeksi nasokomial (Classen et al., 2011 dalam Utarini, 2000)

Survei tahun 2017 yang dilakukan oleh *ECRI Institute* menyatakan bahwa sekitar 21% pasien memiliki pengalaman kesalahan medis yang berdampak pada kesehatan fisik dan emosional pasien, keuangan, konflik keluarga, kesenjangan perawatan, prosedur yang tidak perlu, dan tes ulang yang membahayakan pasien (ECRI, 2018). Lumenta (2015) mengidentifikasi akibat insiden keselamatan pasien berupa cedera yang membahayakan jiwa, kesalahan pemberian obat, pasien jatuh, infeksi nasokomial lama masa rawat, bahkan kematian yang merugikan bagi pasien dan Rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan di Indonesia menunjukkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sangat bervariasi mulai 8,0% hingga 98,2% untuk kesalahan diagnostic dan 4,1% hingga 91,6% untuk kesalahan medis (Utarini et al 2000). Data insiden keselamatan pasien pada tahun 2019 yang diterbitkan Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) sebanyak 7465 insiden yang terdiri dari KTD 31%, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 38% dan KTC 31%.

Insiden keselamatan pasien di rumah sakit dapat disebabkan oleh faktor kesalahan aktif maupun kondisi laten. Kesalahan aktif meliputi faktor yang langsung mempengaruhi kejadian insiden seperti karakteristik tenaga kesehatan meliputi (pengetahuan, pengalaman, kemampuan, kewaspadaan, kelelahan motivasi dan sikap kerja).

Sedangkan faktor laten adalah kondisi yang tidak dapat dielakan, berasal dari aturan yang dibuat oleh pembuat kebijakan (Pihak Manajemen) dapat berupa ketersediaan sumber daya manusia atau peralatan, struktur organisasi, budaya organisasi, budaya keselamatan pasien, keterlibatan dan pengalaman/kemampuan pemimpin (Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon, & Hughes, 2008)

Faktor yang berpengaruh terhadap meningkatnya insiden keselamatan pasien dirumah sakit adalah lemahnya budaya keselamatan pasien (Tutiany, 2016; Hasan et al, 2017; Wagner et al, 2018). Budaya keselamatan pasien di rumah sakit, terutama budaya *non blaming culture*, budaya pelaporan dan budaya belajar dari insiden belum dilaksanakan secara optimal yang disebabkan karena ketakutan petugas untuk melapor (takut disalahkan), kurangnya komitmen manajemen, tidak adanya reward yang diberikan, kurangnya pemahaman petugas dan kurang optimalnya sistem pelaporan insiden keselamatan pasien (Gunawan, Harijanto, & Harijanto, 2015; Iskandar, Maksum, & Nafisah, 2014).

Budaya Keselamatan pasien adalah komponen dari budaya organisasi yang harus di implementasikan dalam institusi pelayanan kesehatan terlebih di rumah sakit, karena budaya keselamatan merupakan nilai, keyakinan dan kebiasaan yang harus di pahami dalam organisasi. Untuk meningkatkan keselamatan pasien, maka budaya keselamatan harus menjadi landasan filosofi kerja karyawan agar

berupaya maksimal dalam meningkatkan keselamatan pasien (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Budaya keselamatan pasien menurut Ardern & Jane (2012) dipengaruhi tiga faktor yaitu sikap dan perilaku, lingkungan kerja dan system. Studi yang dilakukan Clarke (1999), Cooper (2000) dan Cohen et.al (2003) menyatakan bahwa manajemen, pengawas langsung, individu dan perilaku, peraturan dan prosedur, system pelaporan serta sub kultur organisasi adalah faktor yang berkontribusi terhadap budaya keselamatan pasien.

Komponen terpenting dari pelaksanaan program budaya keselamatan pasien dirumah sakit yaitu sumber daya manusia kesehatan terutama yang berhubungan langsung dengan pasien yaitu dokter dan perawat (Hartanto & Warsito, 2017). Proporsi tenaga kesehatan terbesar dalam lingkungan pelayanan Kesehatan adalah tenaga keperawatan, sehingga perawat memiliki peran strategis dan ujung tombak di lini depan dengan waktu kontak 24 jam dalam menjamin perawatan pasien di rumah sakit (Nurachmah, 2001).

Tenaga kesehatan terbanyak ditatanan layanan kesehatan rumah sakit di Indonesia adalah perawat dengan jumlah 245.407 orang (48,43%) dari total tenaga kesehatan di RS 506.725 orang (100%) diluar tenaga penunjang kesehatan (Data dan Informasi Profil Kesehatan Kemenkes RI, 2018). Menurut Gillies (2000) sekitar 40-60% pelayanan di rumah sakit merupakan pelayanan keperawatan,

fenomena ini menunjukkan bahwa pelayanan keperawatan merupakan bagian pelayanan kesehatan yang penting dalam menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan dan juga keselamatan pasien.

Penerapan tindakan dan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang perawatan belum optimal ditandai dengan sering terjadi KNC atau KTD. Hal ini tidak dapat dipisahkan dengan peran perawat manajer ruang rawat inap (Kepala ruangan) dalam menerapkan gaya kepemimpinannya (Hartanto & Warsito, 2017).

Penelitian yang dilakukan (Casida & Pinto-Zipp, 2008) menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi penerapan tindakan keselamatan pasien adalah kepemimpinan kepala ruangan. Menurut Swanson & Tidwell (2011), salah satu upaya untuk membangun dan mengembangkan budaya keselamatan di dalam pelayanan kesehatan adalah dengan memberdayakan struktural, melalui bantuan peran serta manajer unit perawatan. Kepala ruangan sebagai pimpinan di unit perawatan bertanggung jawab terhadap budaya keselamatan di unit atau ruangan perawatan.

Ketidakpedulian akan keselamatan pasien menyebabkan kerugian bagi pasien dan pihak rumah sakit (Vaismoradi, Griffiths, Turunen, & Jordan, 2016). Guna mengatasi hal tersebut, dibutuhkan peran pemimpin sebagai tokoh kunci untuk menumbuhkan budaya keselamatan pasien (Fischer, Jones, & Verran, 2018; Wagner et al., 2018). Hal ini sesuai dengan Permenkes no 11 tahun 2017 pada Pasal

5 ayat 4 butir e menyatakan bahwa kepemimpinan memiliki peran penting dalam meningkatkan Keselamatan Pasien.

Kepemimpinan dalam fungsinya sebagai pembentuk nilai-nilai organisasi memiliki peran penting dalam membentuk budaya organisasi (Robbins, 2001). Kebanyakan pemimpin masih sering berkuat pada gaya kepemimpinan yang lama seperti kepemimpinan demokratis, otoriter, demokrasi semu ataupun situasional (Elmonita & Dwiantoro, 2017). Padahal untuk menjawab tantangan kepemimpinan yang semakin kompleks dibutuhkan gaya kepemimpinan yang bisa mengakomodir perubahan zaman yang tidak menentu (Muallidin, 2016; Shaughnessy, Griffin, Bhattacharya, & Fitzpatrick, 2018).

Kepemimpinan transformasional merupakan model yang relatif baru dalam studi-studi kepemimpinan. Model ini dianggap yang terbaik dalam menjelaskan karakteristik pemimpin (Suryana 2015) yang melihat relasi antara para pemimpin dan para pengikut mereka di mana kedua pihak diangkat ke tingkat moral yang lebih tinggi (J. M. Burns, 2004) Kepemimpinan ini dilaporkan sebagai salah satu gaya kepemimpinan masa depan yang efektif dalam menghadapi era globalisasi dan modernisasi juga dapat memperbaiki sumber daya manusia (Fischer, 2016; Mandiyasa, Wardana, & Riana, 2016; McKee, Driscoll, Kelloway, & Kelley, 2011; Terzioglu, 2011) karena memberikan perhatian ekstra pada unsur karismatik dan afektif seorang pemimpin (Lawler, 2005; Terzioglu, 2011). Berdasarkan hasil

penelitian yang dilakukan Cassida and Pino-Zip (2008) yang menyatakan bahwa kepemimpinan transformasional memiliki korelasi yang signifikan terhadap budaya organisasi.

Hasil penelitian lainya juga menemukan adanya hubungan kepemimpinan transformasional dengan budaya keselamatan pasien (Auruma, 2006; Hasan, Sidin, & Arsunan, 2017). Studi penelitian McFadden, Henagan, and Gowen III (2009) yang menggunakan metode analisis jalur menyatakan bahwa kepemimpinan transformasional merupakan faktor penting dalam membangun budaya keselamatan pasien dan kepemimpinan transformasional berpengaruh positif pada budaya keselamatan pasien dan *outcome* keselamatan pasien.

Kepemimpinan transformasional memiliki beberapa kritik dan kekurangan dalam pelaksanaanya. Dalam konteks publik masih diperdebatkan terutama ilmuan dari administrasi publik yang berpendapat bahwa konteks organisasi publik dalam hal ukuran dan struktur (Muallidin, 2016) membuat kepemimpinan transformasional sulit, bahkan tidak etis untuk diterapkan (Tafvelin, 2013).

Kelemahan dan keterbatasan Kepemimpinan transformasional terutama dalam hal integritas dan perilaku pemimpin yang berdampak pada tidak etis dan tidak bermoralnya pengikut (Tutiany, 2016). Model kepemimpinan transformasional kurang memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi karakteristik pemimpin yang berpotensi menjadi ancaman terhadap integritas dan martabat pengikutnya (Hoffmeister et

al., 2014). Kepemimpinan transformasional tidak memiliki kejelasan konseptual karena keempat dimensinya (pengaruh ideal, motivasi insiprasional, stimulasi intelektual dan pertimbangan individual) tumpang tindih secara substansial, dan Kritik selanjutnya pada validitas alat ukur yang menggunakan berbagai versi Multifactor Leadership Questionnaire (Northouse, 2013).

Kritik terhadap teori Kepemimpinan transformasional dengan segala kelebihan dan kekurangannya perlu untuk dicarikan alternatif solusi untuk mengisi celah atau gap melalui pengembangan model kepemimpinan dengan menambahkan variable lain.

Teori kepemimpinan terdahulu memperhatikan satu atau lebih aspek dari elemen fisik, mental, atau emosional dari interaksi manusia dalam organisasi namun mengabaikan unsur spiritual (Jeon, Passmore, Lee, & Hunsaker, 2013). Kepemimpinan spiritual adalah paradigma berkembang yang dirancang untuk memberikan motivasi intrinsik untuk membantu transformasi organisasi, dimana seorang pemimpin yang membawa dimensi keduniawian kepada dimensi spiritual (Fry, Matherly, & Ouimet, 2010).

Gaya kepemimpinan yang dinilai efektif untuk menjawab tantangan zaman sebagai dampak dari merosotnya nilai-nilai kemanusiaan karena adanya *ethical crisis* adalah gaya kepemimpinan spiritual (Setiyati & Santosa, 2017; Sureskiarti, 2017; Tasmara, 2006; Tobroni, 2005). Penelitian terkait kepemimpinan spiritual yang

dilakukan Alimudin et al (2017) menyatakan bahwa ada hubungan yang positif antara kepemimpinan spiritual dan budaya organisasi. Sementara itu studi yang dilakukan Jahandar et al (2017) juga menyatakan bahwa kepemimpinan spiritual dapat meningkatkan produktivitas organisasi dan kepuasan perawat.

Kepemimpinan spiritual dalam bidang keperawatan relatif kurang dipelajari, karena faktor kontekstual seperti sosial kultural dan kemajemukan (Cruz, Alquwez, Albaqawi, Alharbi, & Moreno-Lacalle, 2018; Reimer-Kirkham, Pesut, Sawatzky, Cochrane, & Redmond, 2012) padahal lingkungan yang kondusif secara spiritual memberi dampak positif bagi pasien, perawat dan organisasi (Fry, Latham, Clinebell, & Krahnke, 2017).

Esensi kepemimpinan transformasional dan kepemimpinan spiritual saat ini masih belum diterapkan oleh setiap pemimpin di organisasi (Astriati, 2018; Danim & Suparno, 2009). Hal ini yang menjadi urgensi dalam penelitian kami, karena untuk menumbuhkan budaya keselamatan pasien dibutuhkan pemimpin yang memiliki kualitas kepribadian, etika religius dan nilai spiritual dalam memimpin. Figur pemimpin yang diharapkan mampu mengilhami, membangkitkan, mempengaruhi dan menggerakkan melalui keteladanan, cinta kasih dan sifat-sifat ketuhanan lainnya (Rafsanjani, 2017).

Penelitian yang dilakukan untuk mengembangkan model Budaya keselamatan pasien sudah banyak dilakukan, namun belum

mampu dan belum cukup efektif untuk menurunkan insiden keselamatan pasien. Hasil kajian literatur ditemukan berbagai penelitian yang menyusun model maupun pengembangan model terkait variabel keselamatan pasien, kepemimpinan transformasional, kepemimpinan spiritual dan budaya organisasi. Namun dapat disimpulkan bahwa model yang ada sebatas pengujian indikator yang menyusun variabel, mendefinisikan indikator pengukuran variabel maupun uji efektifitas dari indikator tersebut.

Kajian literatur dan data serta fakta yang ada, peneliti beranggapan bahwa harus ada alternatif solusi mengatasinya. Peneliti memandang perlu untuk menawarkan solusi teori pengembangan model kepemimpinan trans-spiritual karena memiliki kelebihan terletak pada penggabungan indikator kepemimpinan transformasional dengan kepemimpinan spiritual dan budaya organisasi yang di duga dapat menciptakan gaya kepemimpinan trans-spiritual sehingga berefek pada budaya keselamatan pasien.

Hasil studi pendahuluan di rumah sakit Kota Palu diperoleh data 73.3% dari 22 kepala ruangan yang menerapkan kepemimpinan transformasional. Jumlah perawat 404 orang (55,57%) dari total 727 tenaga kesehatan yang bertugas dengan jumlah ruang rawat inap 22 ruangan (Profil RSUD Anutapura 2020) laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2017 berupa Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) 4 Kasus, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 14 kasus dan Kejadian Tidak

Cedera (KTC) 5 kasus. Pada Tahun 2018 Laporan IKP untuk KTD 4 kasus, KTC 1 kasus sedangkan tahun 2019 IKP untuk KTD 2 kasus namun ada 1 kasus KTD Sentinel yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. (LIKPSU Anutapura Palu, 2019). Sedangkan angka infeksi akibat plebitis berjumlah 109 kasus. Hal ini menunjukkan betapa krusialnya permasalahan keselamatan pasien di rumah sakit Kota Palu.

Laporan Insiden Keselamatan Pasien dan hasil wawancara petugas di rumah sakit Kota Palu menyatakan, petugas takut untuk melapor karena menganggap ada konsekuensi hukum nantinya, informasi dalam bentuk catatan dari ruangan perawatan lambat diterima oleh tim mutu RS. Menurut (Djasri, 2012) Sebagian besar kasus KTD cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian. Persepsi keselamatan pasien, kerjasama dalam dan antar unit, belum maksimal. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien belum kuat (Echevarria, Patterson, & Krouse, 2017).

Budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah kewajiban dan tanggung jawab semua pihak, termasuk di rumah sakit Kota Palu dengan melibatkan semua komponen tenaga kesehatan terutama perawat yang memiliki waktu kontak terlama dengan pasien melalui peran kepemimpinan kepala ruangan yang memiliki peran vital melalui pendekatan pengembangan model kepemimpinan transformasional

yang berbasis spiritual dan budaya organisasi dalam membentuk budaya keselamatan pasien.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka dapat diketahui bahwa permasalahan yang dihadapi ialah pentingnya faktor kepemimpinan dalam sebuah organisasi dalam proses pencapaian tujuan. Problematika kepemimpinan sudah lama menjadi perhatian sekaligus bahan evaluasi disebabkan beberapa anggapan bahwa faktor kepemimpinan adalah masalah yang urgen yang perlu dicarikan solusi dalam bentuk model formulasi pendekatan aspek kepemimpinan yang seperti apa yang cocok dan sesuai dalam upaya untuk solusi dibidang kesehatan utamanya bidang pelayanan keperawatan yang menurut peneliti perlu menambahkan unsur spiritual dalam penerapan proses kepemimpinan dan budaya organisasi, sehingga rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana pengembangan model kepemimpinan transformasional berbasis spiritual terhadap budaya organisasi dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit Kota Palu?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengembangkan model kepemimpinan transformasional berbasis spiritual terhadap budaya organisasi dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit Kota Palu.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengeksplorasi indikator kepemimpinan transformasional berbasis spiritual di rumah sakit Kota Palu.
- b. Menganalisis pengaruh kepemimpinan transformasional berbasis spiritual terhadap budaya organisasi di rumah sakit Kota Palu.
- c. Menganalisis pengaruh kepemimpinan transformasional berbasis spiritual terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit Kota Palu.
- d. Menemukan model kepemimpinan transformasional berbasis spiritual terhadap budaya organisasi dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit Kota Palu.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini meliputi:

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan bisa berkontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dibidang keselamatan pasien melalui pengembangan teori kepemimpinan (Bass, 2006 dan Fry, 2003) Budaya Organisasi (Robbins, 2003).

2. Manfaat Praktis

Institusi pelayanan kesehatan rumah sakit dapat menggunakan model ini sebagai metode kepemimpinan dalam penerapan budaya keselamatan pasien

3. Manfaat bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya wawasan dan pengetahuan peneliti serta merupakan salah satu cara untuk mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh dalam rangka memperoleh gelar doktor dibidang *public health*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Budaya Keselamatan pasien

1. Pengertian

Keselamatan pasien adalah komponen penting dan vital dari asuhan keperawatan yang berkualitas (Ballard, 2003). WHO (2017) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai upaya dalam mencegah kesalahan maupun efek negatif yang bisa saja terjadi pada pasien selama masa perawatan. Kondisi bebas dari cedera yang tidak disengaja dengan memaksimalkan berbagai hal yang bisa mencegah terjadinya kecelakaan pasien hingga pembentukan sistem operasional guna meminimalkan kemungkinan terjadinya kesalahan adalah makna keselamatan pasien yang dikemukakan oleh Kohn, Corrigan, and Donaldson (2000) dari *Institute Of Medicine* (IOM). Hal senada juga dikemukakan oleh Dirik and Seren Intepeler (2017) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai upaya dalam mengurangi resiko dari kejadian yang tidak diinginkan terkait dengan paparan terhadap lingkungan diagnosis atau kondisi perawatan medis.

Menteri Kesehatan RI merumuskan pengertian keselamatan pasien dalam Permenkes no 11 Tahun 2017 yang menyatakan bahwa keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dalam rumah sakit yang membuat asuhan pasien lebih aman meliputi

penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes, 2017).

Keselamatan pasien merupakan salah satu komponen penting yang harus diperhatikan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan penekanan pada kondisi yang tidak merugikan pasien, mengurangi dan meminimalkan risiko melalui berbagai upaya sistemik yang berorientasi pada optimalisasi hasil pelayanan. Untuk mendapatkan pandangan yang jelas tentang aspek keselamatan pasien di Rumah Sakit perlu dilakukan penilaian budaya keselamatan pasien dengan mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan budaya keselamatan di Rumah Sakit, membantu unit layanan perawatan mengidentifikasi masalah keselamatan pasien yang ada dan membandingkan skornya dengan rumah sakit lain.

Budaya keselamatan pasien diartikan sebagai produk dari gabungan berbagai nilai individu dan kelompok meliputi sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen, gaya kepemimpinan serta kemahiran dari pihak manajemen kesehatan dan keselamatan Rumah Sakit (Health

Safety Commission, 1993). Hal serupa dikemukakan oleh Morello et al. (2013) bahwa budaya keselamatan pasien adalah komponen budaya organisasi yang meliputi keyakinan bersama, sikap, nilai-nilai, norma dan karakteristik perilaku karyawan yang mempengaruhi sikap dan perilaku karyawan dalam kaitannya dengan kinerja keselamatan pasien yang sedang berlangsung di Rumah Sakit. Selain itu, *Lucian Leape Institute* (2010) mengartikan budaya keselamatan pasien sebagai suatu sistem dengan adanya pemimpin yang menjadi panutan, adanya komunikasi yang transparan, terfasilitasinya pelaporan kesalahan, keterlibatan pasien dan keluarga, serta adanya komitmen untuk perbaikan yang berkelanjutan (Lucian Leape Institute, 2010).

Konsep keselamatan pasien (patient safety) secara mendasar diartikan sebagai “freedom from accidental injury” oleh Institute Of Medicine (IOM). Sejalan dengan batasan tersebut, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera (harm) yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan error yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan (Wardani, 2017).

Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang

membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes, 2017).

Budaya keselamatan pasien merupakan produk dari nilai, sikap, kompetensi, dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, gaya dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien (AHRQ, 2016).

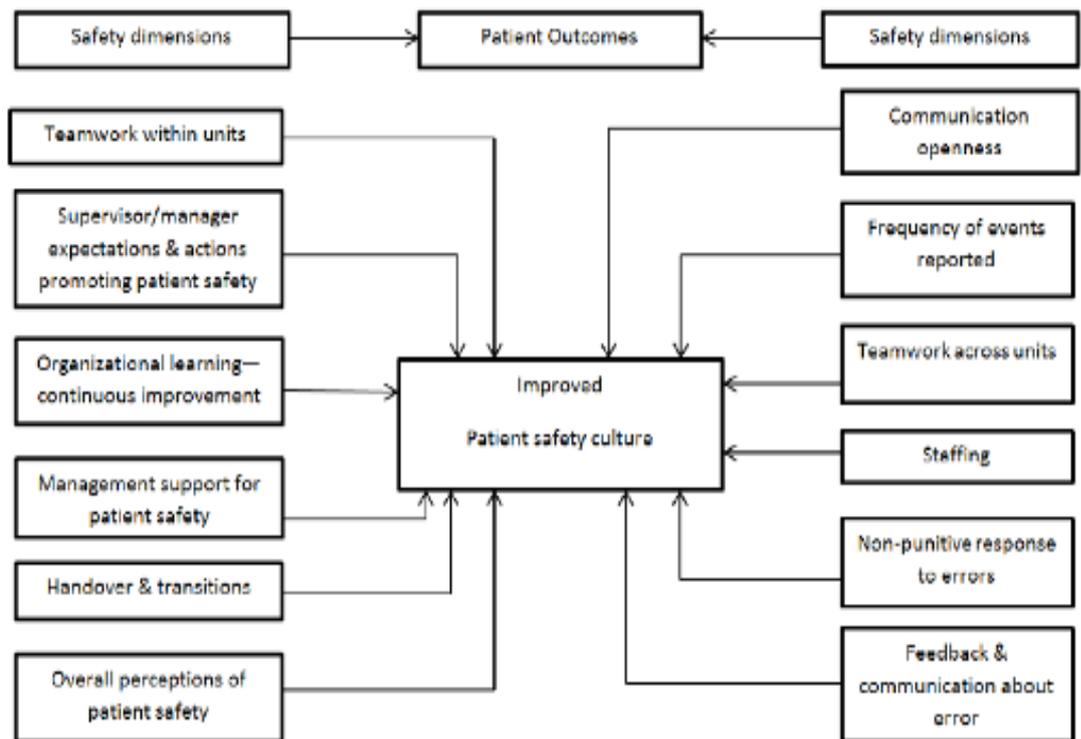
Standard Nasional Akreditasi Ruma Sakit (2017), mengemukakan bahwa budaya keselamatan di rumah sakit adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif karena staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan serta memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerjasama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan berfokus pada pasien.

Definisi budaya keselamatan pasien dari berbagai literature diatas maka disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien merupakan sebuah lingkungan kolaboratif yang melibatkan unsur

individu, pasien, keluarga maupun kelompok guna memotret aspek keselamatan pasien di Rumah Sakit.

2. Dimensi budaya keselamatan pasien

Dimensi dari budaya keselamatan pasien telah dirumuskan oleh *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) yang menekankan pada keselamatan pasien dan pelaporannya (Sorra J, Gray L, Franklin M, & al., 2016). Terdapat 12 dimensi pengukuran budaya keselamatan pasien yang terdiri dari 42 item pernyataan.



Gambar 2.1 Ringkasan skematik dari dimensi budaya keselamatan pasien (Erastus, 2018)

Dimensi budaya keselamatan pasien menurut (Sorra J et al., 2016)

terdiri dari 12 dimensi yang bisa kita lihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1 Dimensi budaya keselamatan pasien.

No	Dimensi	Pengertian
1	Kerjasama dalam unit	Staf saling mendukung, memperlakukan dengan hormat satu sama lain dan bekerja bersama sebagai satu tim.
2	Kerjasama antar unit	Unit-unit di RS bekerja sama dan berkoordinasi untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.
3	Ekspektasi manager	Manajer mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memuji staf karena mengikuti prosedur, dan tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien.
4	Pembelajaran organisasi	Kesalahan harusnya membuat perubahan positif bagi organisasi dan perubahan tersebut dievaluasi efektivitasnya.
5	Dukungan manajemen	Manajemen RS menciptakan iklim kerja yang memprioritaskan keselamatan pasien.
6	Persepsi keselamatan pasien	Adanya prosedur dan sistem yang baik dalam mencegah kejadian yang tidak diinginkan.
7	Umpan balik & komunikasi	Staf diberi tahu tentang kesalahan yang terjadi, diberi umpan balik dan membahas cara untuk mencegah kesalahan berulang.
8	Komunikasi terbuka	Staf dengan leluasa berbicara jika mereka melihat sesuatu yang dapat mempengaruhi pasien secara negatif dan merasa bebas untuk bertanya kepada mereka yang memiliki otoritas lebih.
9	Pelaporan kejadian	Kejadian yang dilaporkan mencakup: (1) kesalahan yang disadari dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, (2) kesalahan yang berpotensi membahayakan pasien, dan (3) kesalahan yang membahayakan pasien
10	Staffing	Jumlah staf tercukupi untuk menangani beban kerja dan pembagian jam kerja yang sesuai untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.
11	Handoff & transisi	Informasi perawatan pasien ditransfer ke seluruh unit rumah sakit dan disetiap perubahan shift.
12	Respon tidak menghukum	Staf ingin agar kesalahan yang mereka laporkan tidak diberi sanksi pelanggaran.

Sumber: Sorra J et al. (2016)

Uji coba dimensi HSOPSC yang dilakukan oleh Mutarobin, Hardiyanto, and M. (2018) pada perawat di Rumah Sakit Jantung wilayah Jakarta, hasilnya menunjukkan bahwa 12 dimensi kuesioner pengukuran budaya keselamatan pasien valid diterapkan pada perawat untuk mendapatkan gambaran situasional dan tingkat kualitas penerapan budaya keselamatan pasien.

Organisasi pelayanan kesehatan menurut Sari (2018), pada dasarnya akan memiliki budaya keselamatan yang positif jika memiliki dimensi budaya keselamatan pasien. Dimensi budaya keselamatan pasien terdiri dari empat dimensi yaitu budaya keterbukaan (*open culture*), budaya pelaporan (*reporting culture*), budaya keadilan (*just culture*), dan budaya belajar (*learning culture*).

Reilling (2016) menyebutkan bahwa budaya keselamatan kerja terdiri atas beberapa dimensi, yaitu: 1) Budaya keterbukaan (*open culture*), 2) Budaya pelaporan (*reporting culture*), 3) Budaya keadilan (*just culture*), dan 4) Budaya pembelajaran (*learning culture*).

Organisasi kesehatan menurut Carthey & Clarke (2014), akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki dimensi budaya sebagai berikut : 1) Budaya keterbukaan (*open culture*), 2) Budaya keadilan (*just culture*), 3) Budaya pelaporan (*reporting culture*), 4) Budaya belajar (*learning culture*), dan 5) Budaya informasi (*informed culture*).

Dimensi budaya keselamatan pasien menurut *National Patient Safety Agency* (2014) dapat dibagi menjadi beberapa dimensi seperti: 1) Budaya keterbukaan (*open culture*), 2) Budaya pelaporan (*reporting cultur*), 3) Budaya keadilan (*just culture*), 4) Budaya pembelajaran (*learning culture*).

3. Faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien

Faktor utama yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien ada tiga faktor yaitu (Ardern & Jane, 2012):

a. Sikap dan perilaku

Sikap dan perilaku yang dimiliki oleh *senior management*, *middle management*, *supervisor* dan karyawan sangat menentukan budaya keselamatan pasien. Irawan, Yulia, and Mulyadi (2017) menyimpulkan bahwa peran top manajemen sangat penting dalam membangun budaya keselamatan pasien, sehingga diharapkan kompetensinya dapat ditingkatkan melalui pelatihan dan dapat menerapkan aktivitas supervisi melalui program sosialisasi, mentoring, konseling, serta penguatan peran komite keselamatan pasien dalam melakukan survei budaya keselamatan.

Sikap dan perilaku yang ditampilkan oleh top manajemen mencerminkan gaya kepemimpinan yang mereka terapkan di rumah sakit. Fischer et al. (2018) menyatakan gaya kepemimpinan adalah kunci untuk menumbuhkan budaya

keselamatan pasien. Perilaku manajer dan budaya organisasi secara positif terkait dengan niat untuk tetap bekerja yang meningkatkan budaya keselamatan pasien R. AbuAlRub and Nasrallah (2017).

Park and Kim (2019) mengaitkan perilaku dengan budaya keselamatan pasien dan memperoleh hasil bahwa perilaku karyawan yang spesifik berupa *self efficacy*, *safety control* dan *safety knowledge* memiliki keterkaitan dengan budaya keselamatan pasien termasuk juga faktor individu berupa umur dan pengalaman kerja. Faktor lain yang mendukung budaya keselamatan pasien terdiri dari kepemimpinan, kerjasama tim, perawatan pasien berdasarkan bukti, komunikasi, pembelajaran yang tepat dan berfokus pada pasien (Idris, 2017).

b. Lingkungan kerja

Mulyati, Rachman, and Herdiana (2016) menyatakan bahwa tim kerja yang saling mendukung berpeluang 13 kali lebih besar dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Selain itu, tipe organisasi, finansial, jenis pekerjaan yang dilakukan, desain pekerjaan, kecepatan kerja, pelatihan yang tersedia, stres kerja dan kepuasan kerja juga berkontribusi terhadap budaya keselamatan pasien.

Park and Kim (2019) juga menyatakan bahwa lingkungan kerja berkontribusi dalam penerapan budaya keselamatan pasien

sehingga sangat diperlukan adanya dukungan organisasi. Perbaikan lingkungan kerja rumah sakit bisa menjadi alternatif strategi dengan biaya relatif rendah untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas dalam perawatan rumah sakit dan untuk meningkatkan kepuasan pasien (Aiken et al., 2012). Mulyati et al. (2016) menyatakan bahwa persepsi terhadap pimpinan menjadi faktor penentu terciptanya budaya keselamatan pasien. Oleh karena itu gaya kepemimpinan, teknik komunikasi serta kemampuan manajerial pimpinan merupakan suatu hal yang sangat perlu diperhatikan dalam menciptakan atmosfer kerja yang kondusif sebagai upaya untuk terciptanya budaya keselamatan pasien.

c. Sistem

Sistem meliputi proses pelaporan kejadian/insiden yang mengancam keselamatan pasien, proses audit dan proses investigasi. Hartanto and Warsito (2018) menjelaskan bahwa salah satu pelaksanaan budaya keselamatan pasien adalah mengembangkan system pelaporan yang terintegrasi dengan aktivitas pengelolaan risiko, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman dengan pasien serta mengimplementasikan sistem keselamatan pasien.

Sistem yang dibangun untuk mengidentifikasi item pelaporan kejadian di rumah sakit sebaiknya menggunakan

kerangka WHO tentang *International Classification for Patient Safety* (ICPS) yang berguna untuk klasifikasi setiap item pelaporan insiden keselamatan pasien (Hwang, Lee, & Park, 2013). Britto et al. (2018) mengembangkan sistem pembelajaran kesehatan sebagai solusi untuk keselamatan pasien dan tercipta 7 bagian kunci yang menjadi solusi keselamatan pasien meliputi pencegahan, budaya, inovasi, jaringan yang efektif, penggunaan sistem pembelajaran, kemitraan yang kuat, melibatkan keluarga. Untuk mendapatkan informasi yang tepat tentang kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien, sistem kesehatan harus diperkuat (Ajri-Khameslou, Aliyari, Pishgooie, Jafari-Golestan, & Afshar, 2018).

El-Jardali et al (2014) menyebutkan bahwa penerapan budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu: 1) Supervisi, 2) Faktor kepegawaian (staffing), dan 3) Lingkungan fisik dan akreditasi.

Menurut Cooper (2014), ada tiga kelompok faktor yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien, yaitu: 1) Faktor personal yaitu cenderung dari orang/ manusia yang bekerja dalam suatu organisasi rumah sakit, 2) Faktor perilaku organisasi yaitu kondisi lingkungan kerja yang diukur dari segi organisasi pelayanan kesehatan secara umum, dan 3) Faktor

lingkungan merupakan pendukung proses pelayanan dalam organisasi kesehatan.

Menurut Notoatmojo (2017) bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja seseorang dalam penerapan keselamatan pasien, yaitu: faktor predisposisi (prediposing factors), faktor pemungkin (enabling factor), dan faktor pendorong (reinforcing factor).

Budaya keselamatan pasien merupakan hasil akhir dari sikap, nilai, persepsi, kompetensi, dan pola kebiasaan yang memberi gambaran komitmen, gaya dan keandalan manajemen suatu organisasi. Keselamatan pasien adalah bebas dari cedera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan. Kepemimpinan, pengetahuan, sikap, motivasi, komunikasi perawat mendukung penerapan program keselamatan pasien sangat diperlukan untuk menjamin keselamatan pasien yang dirawat (Naibaho, 2014)..

4. Penelitian terkait budaya keselamatan pasien

Penelitian terkait budaya keselamatan pasien telah dilakukan. Penelitian Mutarobin et al. (2018) menunjukkan bahwa survei gambaran budaya keselamatan pasien secara keseluruhan di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Jantung Wilayah Jakarta tahun 2018 sebesar 67,8% dengan kategori budaya keselamatan yang cukup baik atau sedang. Senada dengan

penelitian Siampa (2018) menunjukkan bahwa perawat mempersepsikan budaya keselamatan pasien RS dalam keadaan positif/ baik yaitu 21 orang (58.3%). Selebihnya, 8 orang (22.2%) menilai positif kuat, dan hanya 7 orang (19.4%) menilai negatif/kurang. Elrifda (2011) menyimpulkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit tergolong kurang baik dan ditemukan berbagai kesalahan pelayanan. Perlu adanya perbaikan budaya keselamatan dengan upaya yang komprehensif dan terstruktur guna meningkatkan keselamatan pasien (Hastutik, Ghofir, Sari, & Risnawati, 2019).

Focus Group Discussion dilakukan oleh Iskandar et al. (2014) pada 26 kepala ruang rawat inap/kepala instalasi RS X guna mengidentifikasi penyebab rendahnya pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang merupakan salah satu dimensi dari budaya keselamatan pasien dan didapatkan 7 akar masalah pokok yaitu: 1) takut disalahkan oleh karena budaya keselamatan pasien belum menyeluruh di rumah sakit, 2) komitmen kurang dari pihak manajemen atau unit terkait, 3) tidak ada reward dari RS jika melaporkan, 4) tidak tahu batasan mana atau apa yang dilaporkan, 5) sosialisasi IKP kurang maksimal, 6) belum ikut pelatihan, 7) sosialisasi Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) kurang aktif.

Bukhari (2019) melakukan penelitian pada 185 perawat di Rumah Sakit Pemerintah dan 120 perawat di Rumah Sakit Swasta Kota Jambi. Hasilnya menyimpulkan adanya perbedaan budaya keselamatan pasien pada dimensi *teamwork climate*, *safety climate*, kepuasan kerja, stres dan lingkungan kerja antara rumah sakit pemerintah dengan swasta di Kota Jambi, namun tidak ada perbedaan pada dimensi persepsi terkait manajemen antara rumah sakit pemerintah dengan swasta di Kota Jambi.

Park and Kim (2019) membangun dan menguji model yang menguraikan berbagai faktor yang berkaitan dengan kegiatan perawat dalam manajemen keselamatan pasien. Tercipta model yang tersusun dari faktor pribadi, faktor pekerjaan, pengakuan terkait keselamatan, dan budaya keselamatan pasien yang secara signifikan mempengaruhi kegiatan perawat dalam manajemen keselamatan pasien.

Penelitian yang dilakukan Menurut Keles dkk (2015) yang meneliti tentang analisis pelaksanaan standar sasaran keselamatan pasien di unit gawat darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano sesuai dengan akreditasi rumah sakit versi 2012. Penelitian tersebut menggunakan deskriptif kuantitatif dengan alat analisis distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan identifikasi pasien, pelaksanaan komunikasi efektif, pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pelaksanaan kepastian

tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi sudah sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 sedangkan pelaksanaan pengurangan risiko infeksi dan pelaksanaan pengurangan risiko pasien jatuh belum sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012.

Pramayanti (2017) yang meneliti tentang analisis safety culture klinik Pratama Firdaus di Yogyakarta. Teknik analisis menggunakan analisis distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kerjasama tim dalam unit, kerja tim di seluruh unit dan pemindahan serta pergantian adalah tiga dimensi budaya keselamatan pasien yang termasuk dalam kategori baik, sedangkan 7 dimensi dalam kategori cukup dan dua dimensi dalam kategori kurang. Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa akreditasi merupakan faktor pendukung yang digunakan sebagai kerangka untuk membentuk patient safety culture.

Penelitian Mulyati dkk (2016) tentang Faktor Determinan yang Memengaruhi Budaya Keselamatan Pasien menunjukkan bahwa n terdapat pengaruh signifikan antara persepsi terhadap manajemen ($p < 0.0005$, odd ratio 21.3), dukungan tim kerja ($p < 0.0005$, odd ratio 13.34), stress kerja ($p < 0.006$, odd ratio 3.94), kepuasan kerja (nilai $p < 0.002$) budaya keselamatan pasien. Tidak terdapat pengaruh yang signifikan kondisi kerja dengan budaya keselamatan pasien dengan nilai $p > 0.507$. Berdasarkan analisis multivariat diperoleh

persepsi terhadap manajemen menjadi factor determinan dengan nilai $p < 0.000 < \alpha 0.05$. dari hasil.

Penelitian Ernawati dkk (2017) tentang Analisis faktor yang berhubungan insiden keselamatan pasien menunjukkan bahwa pengalaman kerja menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kejadian insiden keselamatan pasien.

B. Kepemimpinan Transformasional

1. Pengertian

Kepemimpinan merupakan elemen vital dalam organisasi pelayanan kesehatan dan upaya mencari solusi masalah kesehatan masyarakat (Palutturi, 2021).

Kepemimpinan transformasional adalah sebuah proses yang dilalui para pemimpin untuk meningkatkan aspirasi dan motivasi orang lain ke tingkat yang lebih tinggi dengan menarik cita-cita dan nilai-nilai yang lebih tinggi (J. Burns, 1978). Bass (1985) mendefinisikan kepemimpinan transformasional sebagai cara pemimpin mentransformasikan pengikutnya melalui tiga cara yaitu: 1) Meningkatkan kesadaran karyawan akan pentingnya tugas dan nilai, 2) Membuat karyawan fokus pada tujuan tim atau organisasi, daripada kepentingan mereka sendiri dan 3) Mengaktifkan kebutuhan karyawan yang prioritas.

Northouse (2013) mengartikan kepemimpinan transformasional sebagai gaya kepemimpinan yang dilakukan dengan mengidentifikasi

perubahan yang dibutuhkan, menciptakan visi untuk memandu perubahan melalui inspirasi, dan menjalankan perubahan dengan komitmen dari anggota kelompok. Menurut Ross, Fitzpatrick, Click, Krouse, and Clavelle (2014) kepemimpinan transformasional adalah suatu keadaan ketika para pengikut dari seorang pemimpin transformasional merasa adanya kepercayaan, kekaguman, kesetiaan, dan hormat terhadap pemimpin tersebut yang pada akhirnya mereka termotivasi untuk melakukan lebih dari pada yang diharapkan pemimpin. Pemimpin yang dapat menjadi sumber inspirasi dan memberikan pengaruh luar biasa sehingga pengikutnya menyampingkan kepentingan pribadi demi kebaikan organisasi disebut juga sebagai pemimpin transformasional (Robbins & Judge, 2008).

Pengertian diatas disimpulkan bahwa kepemimpinan transformasional adalah kemampuan seorang pemimpin yang visioner dalam meyakinkan orang lain untuk melakukan perubahan, memprioritaskan kepentingan bersama dan menggerakkan orang lain atau kelompok dalam mencapai tujuan.

Teori yang diusulkan telah memberikan kontribusi besar bagi pemahaman mengenai konsep kepemimpinan. Teori ini dapat dikategorikan ke dalam empat aliran utama: traits, behavioural, contingency, dan visionary (Hemsworth et al, 2014).

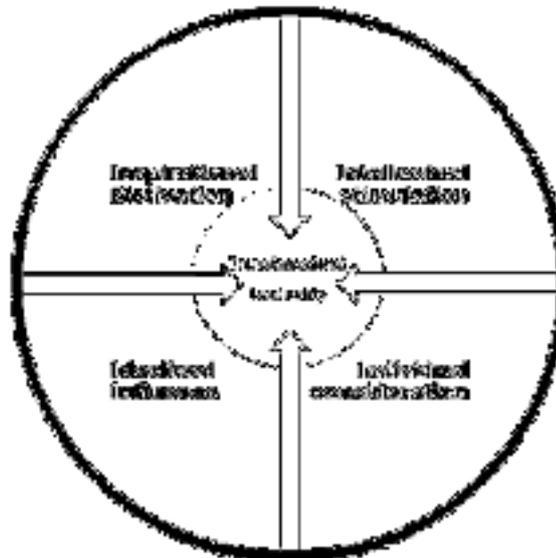
Kepemimpinan transformasional menurut Muhith (2014) termasuk dalam teori kepemimpinan modern yang gagasan awalnya dikembangkan oleh James McGroger Burns, yang secara eksplisit mengangkat suatu teori bahwa kepemimpinan transformasional adalah sebuah proses dimana pimpinan dan para bawahannya berusaha mencapai tingkat moralitas dan motivasi yang lebih tinggi.

Hughes et al (2014) mengemukakan bahwa pemimpin transformasional memiliki visi, keahlian retorika, dan pengelolaan kesan yang baik dan menggunakannya untuk mengembangkan ikatan emosional yang kuat dengan pengikutnya. Menurut Lensufie (2014) bahwa kepemimpinan transformasional memiliki pengertian kepemimpinan yang bertujuan untuk perubahan, perubahan yang dimaksud diasumsikan sebagai perubahan yang lebih baik menentang status quo dan aktif. Kepemimpinan Transformasional juga diartikan sebagai pendekatan kepemimpinan yang menciptakan perubahan positif dan bernilai bagi suatu organisasi.

2. Dimensi kepemimpinan transformasional

Kepemimpinan transformasional dapat diimplementasikan pada semua level organisasi mulai dari level tim, level departemen, level divisi dan akhirnya organisasi secara keseluruhan (Renjith, Renu, & George, 2015). Terdapat empat dimensi yang menyusun kepemimpinan transformasional yaitu stimulasi intelektual,

pertimbangan individual, motivasi inspirasional, dan pengaruh ideal (B. Bass & R. Riggio, 2006).



Gambar 2.2 Ringkasan skematik dari dimensi kepemimpinan transformasional (Prachi, 2015).

Model ini menunjukkan bahwa keempat dimensi diatas saling bergantung, semua harus selaras untuk menghasilkan kinerja yang jauh di luar harapan organisasi. Dimensi tersebut dijelaskan sebagai berikut:

a. Motivasi Inspirasional

Inspirasi dan motivasi adalah dua komponen utama kepemimpinan transformasional. Seorang pemimpin dengan gaya kepemimpinan transformasional harus memotivasi pengikut untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi sambil mengilhami mereka untuk mencapai tujuan mereka sendiri. Menyelaraskan kebutuhan individu dengan kebutuhan organisasi adalah strategi penting dari motivasi inspirasional. Para pemimpin

transformasional berusaha untuk menumbuhkan semangat kerja dan dan komitmen tim. Seorang pemimpin transformasional mengklarifikasi visi, misi dan tujuan strategis organisasi dan menciptakan perasaan yang kuat di antara para pengikut.

b. Stimulasi Intelektual

Pemimpin mendorong & menghargai berbagai ide inovatif & kreatif dari anggotanya. Anggota tidak boleh disalahkan atau dikritik secara terbuka atas kesalahan yang dilakukannya. Melalui stimulasi intelektual, seorang pemimpin transformasional merangsang pemikiran kritis, meningkatkan pemecahan masalah dan memberdayakan para pengikut (Thompson, 2011). Seorang pemimpin transformasional mendorong karyawan untuk berpikir *out of the box* dan mendorong imajinasi karyawan. Dalam konsep klinik, seorang manajer keperawatan secara intelektual merangsang para pengikut untuk berpikir rasional dan bertindak secara ilmiah untuk meningkatkan praktik berbasis bukti. Mereka digerakkan untuk mencari cara yang lebih baik untuk melakukan sesuatu. Dalam lingkungan akademik, para pendidik berusaha memberikan pendidikan berkualitas tinggi sebaik mungkin kepada para siswa.

c. Pertimbangan Individual

Pertimbangan individual mengacu pada atribut seorang pemimpin yang welas asih. Pemimpin bertindak sebagai mentor bagi

pengikut mereka, menghargai kreativitas dan inovasi mereka. Seorang pemimpin transformasional adalah master yang terampil berkomunikasi dan menunjukkan keterampilan interpersonal yang sangat baik. Pemimpin transformasional menunjukkan perhatian dan kasih sayang yang tulus terhadap pengikutnya. Para pengikut didukung berdasarkan kebutuhan mereka dan dibina berdasarkan bakat mereka. Karyawan sering diberdayakan untuk mengambil keputusan dan diberikan dukungan yang diperlukan untuk mengimplementasikan keputusan tersebut. Seorang pemimpin transformasional tertarik pada pengembangan dan pertumbuhan karyawan yang berkelanjutan.

d. Pengaruh idealis/kharismatik

Pengaruh idealis, mempunyai makna bahwa seorang pemimpin transformasional harus memiliki kharisma yang mampu “menyihir” bawahan untuk bereaksi mengikuti pimpinan. Dalam bentuk konkrit, kharisma ini ditunjukkan melalui perilaku pemahaman terhadap visi dan misi organisasi, mempunyai pendirian yang kokoh, komitmen dan konsisten terhadap setiap keputusan yang telah diambil, dan menghargai bawahan. Dengan kata lain, pemimpin transformasional menjadi *role model* yang dikagumi, dihargai, dan diikuti oleh bawahannya. Pemimpin transformasional bertindak sebagai mentor dan panutan bagi bawahan. Dengan demikian, seorang pemimpin transformasional

memenangkan kepercayaan dan rasa hormat dari para pengikut dan mereka berusaha meniru pemimpinnya. Ketika seorang pemimpin menjadi panutan, tidak mungkin ada perlawanan dari pengikut ketika mengambil suatu keputusan.

Kepemimpinan Transformasional merupakan aktivitas mempengaruhi orang-orang agar mereka mau berusaha mencapai tujuan-tujuan kelompok, dengan kata lain bahwa gaya kepemimpinan merupakan suatu strategi atau kemampuan dalam mempengaruhi suatu kelompok ke arah tercapainya tujuan. Lebih lanjut dikemukakan bahwa komponen kepemimpinan transformasional dan kepemimpinan transaksional menggabungkan sembilan faktor yaitu: lima faktor tercakup dalam kepemimpinan transformasional yang meliputi atribut yang ideal, perilaku yang ideal, motivasi inspiratif, stimulasi intelektual, dan konsiderasi yang di individualkan, sedang empat faktor termasuk dalam kepemimpinan transaksional mencakup penghargaan, manajemen pengecualian aktif, manajemen pengecualian pasif dan yang terakhir adalah faktor *laissez faire* (sebagai faktor non-leadership) (Setiawan, 2014).

Kepemimpinan transaksional dan kepemimpinan transformasional menurut Sedarmayanti (2014) adalah dua sisi yang berlawanan dan tidak mungkin dimiliki secara bersamaan.

Lain dengan Bass yang mengatakan bahwa keduanya merupakan kontinum yang saling melengkapi, kepemimpinan transformasional tidak efektif jika tidak disertai kepemimpinan transaksional.

Gaya kepemimpinan transformasional (Thompson, 2011) mengemukakan bahwa untuk menghasilkan produktivitas, dimensi/elemen tipe/gaya kepemimpinan transformasional yang mempengaruhi suatu organisasi agar terciptanya tujuan meliputi dimensi/perilaku atau lebih dikenal dengan 4-I sebagai berikut: 1) 1) Idealized influence (pengaruh ideal), 2) Inspirational motivation (motivasi inspirasi), 3) Intellectual stimulation (stimulasi intelektual), dan 4) Individualized consideration or individualized attention (pertimbangan individu).

Kepemimpinan transformasional menurut Burns (2014) menyatakan bahwa pada hakekatnya menekankan seorang pemimpin perlu memotivasi bawahannya untuk melakukan tanggungjawab mereka lebih dari yang mereka harapkan. Pemimpin Transformasional harus mampu mendefinisikan, mengkomunikasikan dan mengartikulasikan visi organisasi dan bawahan harus menerima dan mengakui pemimpinnya.

3. Penelitian terkait kepemimpinan transformasional

Penelitian terkait kepemimpinan transformasional telah dilakukan. Penelitian Renjith et al. (2015) menyimpulkan bahwa

kepemimpinan transformasional merupakan strategi yang sangat baik untuk membimbing para perawat pemula. Seorang perawat pemula yang dilatih di bawah kepemimpinan transformasional mengembangkan kepercayaan dan komitmen terhadap organisasi. Nilai-nilai profesional seperti kerja tim, akuntabilitas, dan tanggung jawab dapat tertanam dengan baik sehingga mereka ditransformasikan menjadi pemain tim yang efektif. Meskipun demikian gaya kepemimpinan transformasional dan transaksional memiliki hubungan yang signifikan dengan stres kerja (Pishgooie, Atashzadeh-Shoorideh, Falcó-Pegueroles, & Lotfi, 2019).

Kepemimpinan transformasional menurut Krepia, Katsaragakis, Kaitelidou, and Prezerakos (2018) menemukan bahwa mempengaruhi kepuasan kerja dan berkontribusi untuk mengurangi kelelahan dan kecemasan perawat. Disarankan untuk menggunakan kepemimpinan transformasional sebagai strategi pilihan para manajer keperawatan. Penelitian Morsiani, Bagnasco, and Sasso (2017) mendapatkan bahwa gaya kepemimpinan transformasional manajer perawat dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat sehingga diharapkan gaya kepemimpinan tersebut perlu ditingkatkan melalui perilaku dengan berdasarkan pada rasa hormat yang tinggi, perhatian terhadap orang lain, pengembangan profesional dan apresiasi (Milkhatun, Sujianto, & Santoso, 2016).

Penelitian Negussie and Demissie (2013) menemukan bahwa perawat lebih memilih dan lebih puas dengan gaya kepemimpinan transformasional daripada transaksional, sehingga diharapkan manajer perawat harus menggunakan gaya kepemimpinan transformasional untuk meningkatkan kepuasan kerja perawat. Kepemimpinan transformasional adalah pendekatan kepemimpinan modern (Bushra, Ahmad, & Naveed, 2011). Pemimpin transformasional memfasilitasi pemahaman baru dengan cara meningkatkan atau mengubah kesadaran akan masalah. Pemimpin transformasional membawa perubahan positif pada mereka yang menjadi pengikutnya (Riaz, Ramzan, Hafiz, Akram, & Karim, 2012).

Penelitian Abdelhafiz, Alloubani, and Almatari (2016) menemukan hasil bahwa dengan gaya kepemimpinan transformasional dari kepala perawat dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat dengan demikian berkontribusi pada peningkatan retensi perawat. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rentauli (2015) berdasarkan hasil analisis regresi linear didapatkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara kepemimpinan transformasional dan kepuasan kerja terhadap turnover perawat sebesar 26% dan secara partial kepemimpinan transformasional tidak berpengaruh terhadap *turnover* tetapi sebaliknya dengan kepuasan kerja yang berpengaruh terhadap *turnover* perawat.

Penelitian R. AbuAIRub and Nasrallah (2017) menyatakan bahwa perawat lebih puas dengan pimpinan yang menggunakan gaya kepemimpinan transformasional dan memiliki niat bagi perawat untuk tetap bekerja. Warrick (2011) berpendapat bahwa tidak ada yang akan mengubah organisasi lebih cepat dan mempersiapkan sebuah organisasi lebih baik untuk kesuksesan masa depan selain pemimpin dengan gaya kepemimpinan transformasional. Iklim yang kondusif coba dibuat oleh pemimpin transformasional guna mengembangkan inovasi dan kreativitas (Thamrin, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Alshahrani (2015) menyatakan bahwa perawat yang bekerja dibawah pimpinan dengan gaya kepemimpinan transformasional menunjukkan kepuasan kerja perawat yang lebih ditinggi dengan $p < 0,005$. Menurut Maulizar and Yunus (2012) bahwa pemimpin transformasional pada dasarnya merupakan pemimpin yang mempunyai kemampuan mengarahkan bawahannya agar dapat beradaptasi dengan lingkungan untuk meraih keberhasilan di masa depan. Prinsip dasar dari kepemimpinan transformasional adalah pengembangan bawahan. Pemimpin transformasional memiliki pengaruh penuh atas perubahan organisasi, dimana pemimpin transformasional dapat memberi gambaran yang lebih jelas dan lebih baik untuk masa depan organisasi (Jandaghi, Matin, & Farjami, 2009).

Pemimpin transformasional adalah pemimpin yang efektif karena dapat meningkatkan kepuasan kerja, komitmen organisasional, serta produktivitas bawahan (Erkutlu, 2008; Khan, Griffin, & Fitzpatrick, 2018; Voon, Lo, Ngui, & Ayob, 2011). Pemimpin transformasional lebih efektif daripada pemimpin yang lain karena hubungan dekat mereka dengan pengikutnya (Sadeghi & Pihie, 2012). Agar tercapainya keberhasilan suatu organisasi tidak terlepas dari dua kunci dasar yakni kepemimpinan yang efektif dan kepuasan kerja bawahan (Voon et al., 2011).

Penelitian Indica (2013) menunjukkan bahwa Etos kerja islami mempunyai pengaruh yang kuat dan signifikan terhadap kinerja karyawan. Gaya kepemimpinan transformasional berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja karyawan.

Penelitian Ilmi (2014) menunjukkan bahwa Gaya kepemimpinan transformasional berpengaruh positif terhadap kinerja karyawan. Stres kerja mempunyai pengaruh signifikan dan dominan terhadap kinerja karyawan.

C. Kepemimpinan Spiritual

1. Pengertian

Konsep kepemimpinan spiritual yang merupakan konsep kepemimpinan universal yang adaptif untuk menjawab tantangan zaman pada era abad ke-21 yang syarat dengan perubahan, yang tidak terjawab oleh kepemimpinan organisasi saat ini (Sureskiarti,

2015). Menurut (Tobroni, 2010) konsep kepemimpinan spiritual ini diyakini sebagai solusi terhadap krisis kepemimpinan saat ini, akibat semakin merosotnya nilai-nilai kemanusiaan sebagai dampak dari adanya *ethical malaise* dan *ethical crisis*. Kepemimpinan spiritual adalah kepemimpinan yang membawa dimensi keduniawian kepada dimensi spiritual (*keilahian*) disebut juga sebagai kepemimpinan yang berdasarkan etika religius. Kepemimpinan yang mampu mengilhami, membangkitkan, mempengaruhi dan menggerakkan melalui keteladanan, pelayanan, kasih sayang dan implementasi nilai dan sifat-sifat ketuhanan lainnya dalam tujuan, proses, budaya dan perilaku kepemimpinan (Rafsanjani, 2017).

Spiritual Leadership menurut Fry and Matherly (2006), meliputi nilai-nilai, sikap dan perilaku yang dipelukan secara intrinsik memotivasi diri sendiri dan orang lain sehingga mereka mempunyai rasa terus hidup (*survival*) spiritual melalui panggilan hidup (*calling*) dan keanggotaan sistem sosial. *Spiritual leadership* memerlukan: (1) penciptaan visi dimana para anggota organisasi mengalami panggilan hidup dalam hal kehidupan mereka (2) mengembangkan suatu budaya sosial berdasarkan pada cinta altruistik dimana pemimpin dan pengikut mempunyai perawatan, perhatian dan apresiasi asli untuk diri sendiri dan orang lain, memproduksi rasa keanggotaan dan merasa dipahami dan dihargai.

Pemimpin bertanggungjawab menyusun visi, misi, strategi dan penerapannya dalam organisasi. Pemimpin dalam menyusun visi juga bertanggungjawab menciptakan kesesuaian nilai antar semua level dalam organisasi termasuk juga membina hubungan baik dengan semua pemangku kepentingan (*stakeholders*). Anggota organisasi membutuhkan seorang pemimpin yang dapat dipercaya dan mempercayai anggotanya. Pemimpin dengan *spiritual leadership* akan bertanggung jawab dalam mempengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan bersama.

Kepemimpinan spiritual merupakan sebuah kepemimpinan yang melalui dalam keduniawian kepada dimensi sepiritual (keilahian) dan lebih banyak menomor satukan nilai spiritualitas dalam kegiatan kepemimpinan. Tuhan adalah pemimpin sejatinya yang mengilhami, mempengaruhi, melayani dan menggerakkan hati nurani hamba-Nya dengan cara bijaksana melalui pendekatan etis dan keteladanan. Karena itu kepemimpinan sepiritual disebut juga sebagai kepemimpinan yang berdasarkan etika religius yaitu kepemimpinan yang mampu mengihlami, membangkitkan, mempengaruhi dan mendekatkan melalui keteladanan, pelayanan, kasih sayang dan implementasi nilai dan sifat-sifat ketuhanan lainnya dalam tujuan, proses, budaya dan perilaku kepemimpinan (Tobroni, 2005).

Spiritual leadership merupakan kepemimpinan yang membentuk values, attitude, behavior yang dibutuhkan untuk memotivasi diri sendiri dan orang lain secara intrinsic motivation sehingga menggapai rasa spiritual survival. Menurut (Fry et al., 2017) spiritual leadership sebagai kombinasi nilai-nilai, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan secara intrinsik untuk memotivasi satu sama lain sehingga mereka memiliki perasaan akan daya tahan spiritual melalui calling (panggilan) dan membership (keanggotaan).

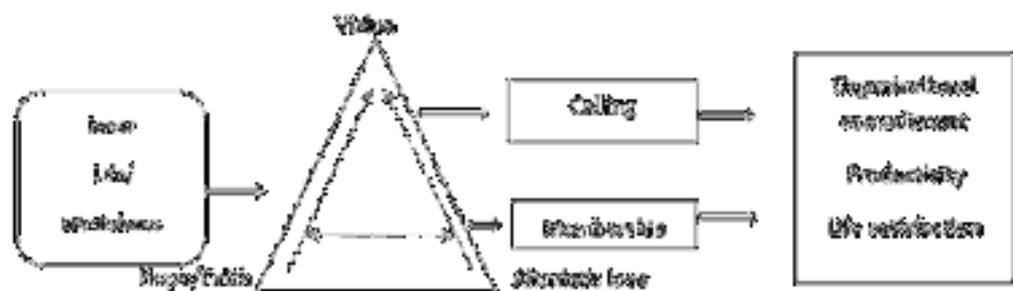
Spiritual Leadership bukan berarti kepemimpinan yang tidak rasional atau yang serba supra rasional. Spiritual Leadership yang dimaksud di sini adalah kepemimpinan yang lebih banyak mengandalkan kecerdasan spiritual (ruhani, soul, ruh, hati nurani) dalam kegiatan kepemimpinan. Kecerdasan spiritual sebagai pemikiran yang terilhami, yaitu ketajaman pemikiran yang tinggi yang sering kita katakan menghasilkan sifat- sifat supernatural: intuisi, petunjuk moral yang kokoh, kekuasaan atau otoritas batin, kemampuan membedakan yang salah dan yang benar dan kebijaksanaan (Rafsanjani, 2017).

2. Dimensi kepemimpinan spiritual

Teori kepemimpinan terdahulu memperhatikan satu atau lebih aspek dari elemen fisik, mental, atau emosional dari interaksi manusia dalam organisasi namun mengabaikan unsur spiritual (Jeon et al., 2013). Kepemimpinan spiritual adalah

paradigma berkembang yang dirancang untuk memberikan motivasi intrinsik untuk membantu transformasi organisasi (Fry et al., 2010).

Fry (2003) mencetuskan teori kepemimpinan spiritual yang menyediakan kebutuhan penting bagi para pemimpin dan karyawan untuk mencapai kesejahteraan spiritual melalui makna dari keanggotaan, memelihara tingkat kepuasan hidup pekerja yang lebih tinggi, tanggung jawab sosial dan keunggulan kinerja (Benefiel, Fry, & Geigle, 2014; Egel & Fry, 2017; Fry et al., 2017).



Gambar 2.3 Model kepemimpinan spiritual (Fry et al., 2017).

Model Fry, dimensi kepemimpinan spiritual terdiri dari tiga dimensi yaitu visi, harapan/keyakinan dan cinta tanpa pamrih. Untuk mengukur kepemimpinan spiritual digunakan *Spiritual Leadership Questionnaire* (SLT) yang merupakan instrumen kuat karena memiliki konsistensi internal dari setiap dimensinya (Espinosa, Contreras, Esguerra, & Fierro, 2017).

a. Visi

Visi menurut (Fry, 2003) menyatakan bahwa visi sangat menunjukkan tujuan suatu organisasi, dan memiliki peran penting dalam mengembangkan kepribadian para pemimpin dengan tiga fungsi penting, termasuk spesifikasi arah perubahan, penyederhanaan banyak keputusan yang tepat, dan koordinasi tindakan (Fry, 2003; Sweeney & Fry, 2012).

b. Harapan/keyakinan

Harapan menurut (Fry & Matherly, 2006) mencatat bahwa adalah pemenuhan keinginan yang dapat meningkatkan kepercayaan diri atau bisa disebut sebagai iman. Harapan/keyakinan akan mengarahkan ke mana orang akan pergi, bagaimana menuju ke sana, cara menghadapi konflik dan mentolerir kesulitan untuk mencapai tujuan. Hal ini diyakini sebagai sumber yang membantu organisasi mencapai visi, tujuan, dan misi mereka.

c. Cinta tanpa pamrih

Persepsi integritas dan kesejahteraan yang diciptakan dengan perhatian, kepedulian, dan rasa terima kasih untuk para pemimpin maupun karyawan telah digambarkan sebagai cinta tanpa pamrih atau cinta altruistik dalam kepemimpinan spiritual. Ini adalah bagian dari budaya organisasi yang mendefinisikan

nilai-nilai etika, asumsi, dan pemikiran yang dibagikan oleh anggota kelompok.

Komponen tersebut dapat menimbulkan kesejahteraan Spiritual karena memiliki peran mediasi dengan dua komponen: (1) rasa transendensi, panggilan atau dipanggil (*meaning*) dan (2) panggilan untuk komunitas, keanggotaan atau kepemilikan (*membership*). *Meaning* sebagai karakteristik profesional, mengacu pada bagaimana seseorang menemukan makna dan tujuan dalam hidup dengan membuat perbedaan melalui layanannya kepada orang lain. *Membership*/keanggotaan didefinisikan sebagai rasa memiliki atau koneksi dalam organisasi yang mengarah pada rasa pengertian, rasa hormat dan penghargaan pada orang. Untuk mencapai tujuan yang lebih tinggi, mereka harus menjadi anggota kelompok yang melampaui kepentingan diri mereka sendiri.

Kepemimpinan spiritual pada tingkat individu akan mengarah pada kepuasan hidup yang lebih tinggi. *Meaning* dan keanggotaan membuat orang lebih terikat, loyal, dan berkomitmen pada organisasi mereka, oleh karena itu peningkatan positif dalam kesejahteraan spiritual mengarah pada konsekuensi organisasi yang positif pula seperti komitmen dan produktivitas.

Teori spiritual leadership menurut (Fry, Vitucci, & Cedillo, 2005) memiliki 3 dimensi dan 6 variabel yang membentuk kerangka dasar teorinya, yaitu: 1) Dimensi nilai (*value*), sikap (*attitude*) dan

perilaku (behavior) pemimpin, 2) Dimensi spiritual survival, dan 3) Dimensi organization outcomes, yaitu komitmen organisasi.

Kepemimpinan yang berbasis pada etika religius menurut (Rafsanjani, 2017) memiliki pokok-pokok karakteristik sebagai berikut: 1) Kejujuran sejati, 2) Keadilan, 3) Semangat Amal Sholeh, 4) Membenci formalitas dan organize religion, 5) Sedikit bicara banyak kerja dan santai, 6) Membangkitkan yang terbaik bagi diri sendiri dan orang lain, 7) Keterbukaan menerima perubahan, 8) Pemimpin yang dicintai, 9) Disiplin tetapi fleksibel dan tetap cerdas dan penuh gairah, dan 10) Kerendahan hati.

Karakteristik spiritual leadership menurut (Espinosa et al., 2017) yaitu: 1) Kejujurann Sejati, 2) Fairnessi, 3) Semangat amali shaleh, 4) Membenci formalitas dan organized religion, 5) Sedikit bicara banyak kerja dan santai, 6) Membangkitkan yang terbaik ibagi dirii sendiri dan orang lain, 7) Keterbukaan menerima perubahan, 8) Pemimpin yang dicintai, 9) Think Globally and act locally, 10) Kerendahan hati.

Indikator nilai-nilai spiritual yang dimaksud adalah: kebenaran, keadilan, kejujuran dan kesederhanaan yang tercermin dalam relasi dan interaksinya dengan sesama ini sesuai dengan kepemimpinan Nabi Muhammad SAW yaitu Sidiq, Amanah, Tabligh dan Fathanah (Tobroni, 2005).

3. Penelitian terkait kepemimpinan spiritual

Penelitian terkait kepemimpinan spiritual telah dilakukan. Penelitian Jahandar, Tafreshi, Rassouli, Atashzadeh-Shoorideh, and Kavousi (2017) menyimpulkan bahwa kepemimpinan spiritual dapat meningkatkan produktivitas organisasi dan kepuasan perawat. Pemimpin dibidang keperawatan harus lebih memperhatikan jenis kepemimpinan ini untuk mencapai hasil organisasi yang positif; oleh karena itu, mereka membutuhkan lebih banyak pelatihan tentang kepemimpinan spiritual.

Abdurrahman and Agustini (2011) juga menyimpulkan bahwa perilaku kepemimpinan spiritual yang dijalankan oleh pemimpin rumah sakit dinilai tinggi oleh para karyawan, sesuai dengan kenyataan yang diamati oleh para karyawan. Demikian pula kondisi spiritualitas tempat kerja yang ada pada Rumah Sakit Al Islam dan Rumah Sakit St. Borromeus dinilai sangat tinggi oleh para karyawan, sesuai dengan kenyataan yang dialami oleh para karyawan. Analisis dengan uji korelasi Rank-Spearman, mengindikasikan bahwa kepemimpinan spiritual dan spiritualitas tempat kerja memiliki hubungan yang positif dan kuat.

Hasil penelitian C.-Y. Chen and Yang (2012) dan Najaflye (2015) juga menekankan pada peran mediasi kesejahteraan spiritual. Temuan mereka menunjukkan bahwa *meaning* dan keanggotaan secara positif memprediksi altruisme karyawan terhadap kolega dan

meningkatkan kesadaran, produktivitas, perilaku organisasi, dan komitmen organisasi.

Penelitian Jahandar et al. (2017) yang bertujuan untuk menentukan konsep kepemimpinan spiritual dari perspektif perawat dan mengenali aspek model kepemimpinan spiritual dalam konteks sosiokultural perawat Iran menyimpulkan bahwa unsur motivasi ekstrinsik dan pembelajaran organisasi memiliki potensi untuk mengembangkan kepemimpinan spiritual. Para manajer keperawatan dapat menggunakan potensi ini untuk mendorong hasil layanan keperawatan.

Penelitian Fry et al. (2005) menggunakan data longitudinal yang diukur menggunakan pertanyaan survei yang dikembangkan *Spiritual Leadership Theory* (SLT) menyimpulkan bahwa teori kepemimpinan spiritual menawarkan janji sebagai batu loncatan untuk membentuk paradigma baru dari teori kepemimpinan karena menggabungkan dan memperluas teori transformasional dan karismatik serta teori berbasis etika dan nilai. Kepemimpinan spiritual dapat mengurangi kelelahan di antara personil laboratorium medis dan memberikan pengaruh positif terhadap komitmen organisasi, produktivitas unit kerja, dan karyawan kepuasan hidup (Yang & Fry, 2018).

Reimer-Kirkham et al. (2012) menyatakan bahwa spiritualitas dalam kepemimpinan keperawatan adalah bidang yang relatif kurang

dipelajari yang dipengaruhi oleh banyak faktor kontekstual. Pemimpin perawat dalam studi kualitatif membuktikan kesadaran akan pengaruh spiritualitas dan kepedulian terhadap layanan kesehatan namun berhati-hati dalam mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik kepemimpinan karena pengaruh organisasi dan sosial. Kesejahteraan spiritualitas perawat serta lingkungan kerja perawat adalah konsep terpisah yang layak untuk dikembangkan dan dapat menambah dasar pengetahuan untuk peningkatan perawatan pasien yang berkualitas (Kathryn et al, 2009) Selain itu, Alimudin et al (2017) menemukan hasil adanya hubungan yang positif antara kepemimpinan spiritual dengan budaya organisasi.

Penelitian Dermawan (2015) menunjukkan Variabel kepemimpinan spiritual (X) mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap loyalitas kerja pengurus Pondok Pesantren Nurul Ummah Putri Kotagede Yogyakarta dengan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$ yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima, yakni ada pengaruh positif dan signifikan antara kepemimpinan spiritual (X) terhadap loyalitas kerja pengurus (Y).

Uraian perbedaan kepemimpinan Transformasional dan kepemimpinan spiritual lebih mudah dipahami yang dapat kita lihat pada tabel 2.2.

Tabel 2.2 Perbedaan kepemimpinan transformasional dengan kepemimpinan spiritual

No	Uraian	Tranformasional Leadership	Spiritual Leadership
1	Hakekat kepemimpinan	Amanat dari sesama manusia	Ujian, amanat dari Tuhan dan manusia
2	Fungsi kepemimpinan	Untuk memberdayakan pengikut dengan kekuasaan keahlian dan keteladanan	Untuk memberdayakan dan mencerahkan iman dan hati nurani pengikut melalui jihad (pengorbanan) dan amal saleh altruistic
3	Etos kepemimpinan	Mendedikasikan usahanya kepada sesama untuk kehidupan bersama yang lebih baik	Mendedikasikan usahanya kepada Allah dan sesama manusia (ibadah) tanpa pamrih apapun
4	Sasaran tindakan kepemimpinan	Pikiran dan hati nurani	Spiritualitas dan hati nurani
5	Pendekatan kepemimpinan	Kekuasaan, keahlian dan keteladanan	Hati nurani dan keteladanan
6	Dalam mempengaruhi yang dipimpin	Kekuasaan keahlian dan kekuasaan referensi	Keteladanan, mengilhami, kebangkitan, memperdayakan, memanusiakan
7	Cara mempengaruhi	Memenangkan jiwa membangun karisma	Memenangkan jiwa, membangkitkan iman
8	Target kepemimpinan	Membangun kebersamaan	Membangun kasih, menebar kebijakan dan penyalur rahmat Tuhan

Sumber: Tobroni (2010)

Tabel 2.2 terlihat perbedaan antara kepemimpinan transformasional dengan kepemimpinan spiritual yang dibedakan berdasarkan uraian, hakekat, etos, sasaran tindakan, pendekatan, cara dan target pemimpin.

Penelitian Afany (2013) menunjukkan bahwa Gaya kepemimpinan memiliki pengaruh yang cukup nyata terhadap loyalitas pegawai, dimana menurut persepsi pegawai BKD Kota Depok gaya kepemimpinan demokratis yang muncul sebagai gaya kepemimpinan yang diterapkan oleh pimpinan BKD Depok ini.

Penelitian Ariawan (2015) menunjukkan bahwa Kepemimpinan Religiusitas berpengaruh positif dan signifikan terhadap loyalitas kerja karyawan.

Penelitian Wisesa (2008) menunjukkan bahwa terdapat hubungan atau korelasi yang nyata, positif dan kuat antara kepemimpinan dengan loyalitas karyawan grup SDM PT Bank DKI.

D. Budaya Organisasi

1. Pengertian

Budaya organisasi merupakan sistem penyebaran kepercayaan dan nilai-nilai yang berkembang dalam suatu organisasi dan mengarahkan perilaku anggota-anggotanya. Budaya organisasi dapat menjadi instrumen keunggulan kompetitif yang utama, yaitu bila budaya organisasi dapat menjawab atau mengatasi tantangan lingkungan dengan cepat dan tepat.

Budaya organisasi disebut juga budaya perusahaan, sering disebut juga budaya kerja karena tidak bisa dipisahkan dengan kinerja (performance) sumber daya manusia. Semakin kuat budaya perusahaan, semakin kuat pula dorongan berprestasi. Salah satu

faktor yang membedakan suatu organisasi dari organisasi yang lainnya ialah budayanya. Budaya merupakan faktor yang sangat penting dalam meningkatkan efektivitas organisasi. Budaya organisasi dapat menjadi instrumen keunggulan kompetitif yang utama, ketika budaya organisasi mendukung strategi organisasi dan dapat menjawab atau mengatasi tantangan lingkungan dengan cepat dan tepat.

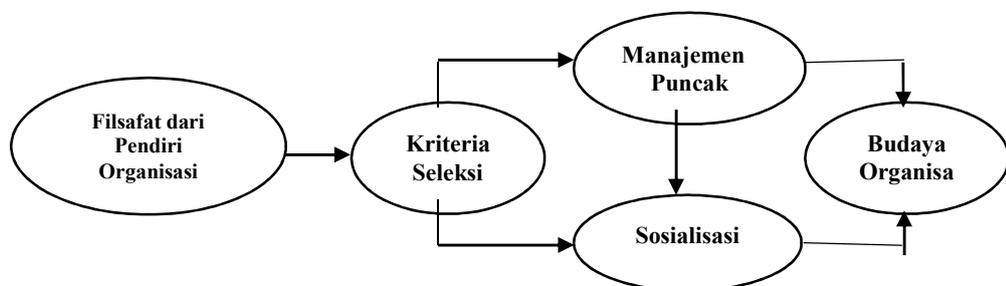
Menurut Jones (2001) "Organization culture as the set of shared values and norm that controls organizational member interactions with each other and with people outside the organization" Budaya organisasi adalah kumpulan nilai-nilai dan norma yang mengendalikan interaksi antara anggota organisasi dengan anggota lainnya dan dengan orang yang berada diluar organisasi.

Budaya organisasi menurut Wirawan (2007) mendefinisikan sebagai norma, nilai-nilai, asumsi, kepercayaan, filsafat, kebiasaan organisasi, yang dikembangkan dalam kurun waktu lama oleh pendiri, pemimpin, dan anggota organisasi yang disosialisasikan dan diajarkan kepada anggota baru serta diterapkan dalam aktivitas organisasi sehingga mempengaruhi pola pikir, sikap, dan perilaku anggota organisasi dalam memproduksi produk, melayani konsumen, dan mencapai tujuan organisasi.

Menurut Robbins (2001), "Organizational culture refers to a system of shared meaning held by members that distinguishes the

organization from other organizations” (Budaya organisasi sebagai suatu sistem makna bersama yang dianut oleh anggota-anggota yang membedakan organisasi tersebut dengan organisasi-organisasi lain). Dari berbagai definisi diatas dapat disimpulkan bahwa budaya organisasi adalah system yang terbentuk dari nilai, prinsip, asumsi, dan kebiasaan anggota dalam organisasi.

Robbins (2001) menggambarkan cara budaya suatu organisasi dibangun dan dipertahankan. Budaya asli ditunjukkan dari filsafat pendirinya. Selanjutnya budaya ini sangat mempengaruhi kriteria yang digunakan dalam mempekerjakan karyawannya. Tindakan dari manajemen puncak menentukan iklim umum dari perilaku baik yang dapat diterima maupun tidak. Bagaimanapun karyawan disosialisasikan, tingkat sukses yang dicapai akan tergantung pada kecocokan nilai-nilai yang dianut oleh karyawan baru dengan nilai-nilai organisasi dalam proses seleksi maupun pada preferensi. Proses terbentuknya budaya organisasi dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.4 Proses Terbentuknya Budaya Organisasi
 Sumber: Stephen P. Robbins., (2001)

Budaya organisasi menurut (Robbins, 2001) ternyata semakin marak berkembang sejalan dengan meningkatnya dinamika iklim dalam organisasi. Dengan demikian konsep budaya organisasi dikembangkan dengan berbagai versi mengingat istilah budaya dipinjam dari disiplin ilmu antropologi dan sosiologi, sesuai dengan makna budaya yang mengandung konotasi kebangsaan, ditambahkan lagi implikasinya begitu luas sehingga dapat dilihat beragam sudut pandang. Namun dalam proses adaptasi, kebanyakan berpendapat bahwa inti budaya adalah sistem nilai yang dianut secara bersama - sama.

Budaya menurut (R. AbuAIRub & Nasrallah, 2017) adalah suatu pola asumsi dasar yang diciptakan, ditemukan atau dikembangkan oleh kelompok tertentu sebagai pembelajaran untuk mengatasi masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal yang resmi dan terlaksana dengan baik dan oleh karena itu diajarkan atau diwariskan kepada anggota - anggota baru sebagai cara yang tepat memahami, memikirkan, dan merasakan terkait dengan masalah - masalah yang terjadi.

Budaya organisasi menurut (Yang & Fry, 2018) mendefinisikan budaya organisasi adalah sebuah keyakinan, sikap, dan nilai yang umumnya dimiliki, yang timbul dalam organisasi, dikemukakan dengan lebih sederhana, budaya adalah cara kita melakukan sesuatu disini.

Budaya organisasi dapat didefinisikan sebagai perangkat sistem nilai (Values), keyakinan, asumsi atau norma yang telah lama berlaku, disepakati dan diikuti oleh para anggota suatu organisasi sebagai pedoman perilaku dan pemecahan masalah organisasi.

2. Dimensi budaya organisasi

Menurut Robbins (2001), ada 7 (tujuh) dimensi yang secara bersama-sama merupakan hakekat dari budaya organisasi yaitu:

a. *Innovation and risk taking*

Inovasi dan pengambilan resiko yaitu, berkaitan dengan sejauh mana para anggota organisasi atau karyawan didorong untuk inovatif dan berani mengambil resiko.

b. *Attention to detail*

Perhatian terhadap hal-hal yang rinci, yaitu berkaitan dengan sejauh mana para anggota organisasi atau karyawan diharapkan mau memperlihatkan kecermatan, analisis dan perhatian terhadap hal-hal yang detail (rinci).

c. *Outcome orientation*

Orientasi hasil, yaitu sejauh mana manajemen fokus pada hasil, bukan pada teknik dan proses yang digunakan untuk mendapatkan hasil tersebut.

d. *People Orientation*

Orientasi individu, yaitu sejauh mana keputusan manajemen memperhitungkan efek hasil kepada orang-orang di dalam organisasi tersebut.

e. *Team Orientation*

Orientasi tim yaitu berkaitan dengan sejauh mana kegiatan kerja organisasi dilaksanakan dalam tim-tim kerja, bukan pada individu-individu.

f. *Aggressiveness*

Agresivitas, yaitu sejauh mana orang-orang dalam organisasi menunjukkan keagresifan dan kompetitif, bukannya bersantai.

g. *Stability*

Stabilitas, yaitu sejauh mana kegiatan organisasi menekankan dipertahankannya status quo sebagai lawan dari pertumbuhan atau inovasi.

Tiap karakteristik ini berlangsung pada suatu kontinum (suatu kesatuan) dari rendah ke tinggi. Maka dengan menilai organisasi itu berdasarkan 7 (tujuh) karakteristik tersebut, akan diperoleh gambaran majemuk dari budaya organisasi itu. Gambaran ini akan menjadi dasar bagi anggota organisasi untuk memahami organisasi dan bagaimana melakukan sesuatu dan cara anggota organisasi didorong untuk berperilaku.

Budaya organisasi yang kuat adalah budaya organisasi yang ideal dimana kekuatan budaya mempengaruhi intensitas pelaku. Pada

organisasi yang memiliki budaya organisasi yang kuat anggota-anggota organisasi loyal kepada organisasi, tahu dan jelas apa tujuan organisasi serta mengerti perilaku mana yang dipandang baik dan tidak baik. Nilai-nilai yang dianut organisasi tidak hanya berhenti pada slogan, tetapi dihayati dan dinyatakan dalam tingkah laku sehari-hari secara konsisten oleh orang-orang yang bekerja dalam perusahaan. Jadi budaya organisasi yang kuat membantu perusahaan memberi kepastian kepada seluruh individu yang ada dalam organisasi untuk berkembang bersama perusahaan dan bersama-sama meningkatkan kegiatan usaha dalam menghadapi persaingan (Tika & Pabundu, 2006).

Menurut Daft (1998), budaya kuat menunjukkan suatu tingkat persetujuan antara anggota-anggota organisasi mengenai kepentingan dari nilai-nilai yang spesifik. Jika konsensus menghadirkan kepentingan dari nilai-nilai budaya menjadi kohesif dan kuat, tetapi jika persetujuan kurang maka budaya menjadi lemah.

Budaya organisasi yang lemah adalah budaya organisasi yang kurang didukung secara luas oleh para anggotanya dan sangat dipaksakan, serta memberi pengaruh negatif pada organisasi karena akan memberi arah yang salah kepada para pegawainya. Selain itu, dalam organisasi yang memiliki budaya organisasi yang lemah mudah terbentuk kelompok-kelompok yang bertentangan satu sama

lain, kesetiaan kepada kelompok melebihi kesetiaan kepada organisasi, dan anggota organisasi tidak segan-segan mengorbankan kepentingan organisasi untuk kepentingan kelompok atau kepentingan sendiri. Jika hal ini terjadi pada perusahaan, maka tugas-tugas tidak dapat dilakukan dengan baik. Hal ini terlihat dari kurangnya motivasi atau semangat kerja, timbul kecurigaan-kecurigaan, komunikasi kurang lancar, lunturnya loyalitas atau kesetiaan pada tugas utamanya dan komitmen pegawai ke perusahaan. Akibatnya perusahaan menjadi tidak efektif dan kurang kompetitif.

Menurut Roe and Byars (2003) mengemukakan keempat jenis budaya organisasi tersebut yaitu: (1) *The tough person, macho culture*, (2) *Work-hard/play hard culture*, (3) *Bet your company culture* dan (4) *Process culture*. Adapun pengertian keempat jenis budaya tersebut, yaitu:

a. *The tough person, macho culture*

Budaya organisasi ini ditandai oleh individu-individu yang terbiasa mengambil resiko tinggi dalam rangka mengharapkan keuntungan yang cepat tanpa memikirkan mereka salah atau benar. Dalam budaya organisasi tipe ini kerja tim tidaklah penting, artinya nilai kerjasama tidak menjadi sesuatu yang dianggap penting dan tidak ada kesempatan untuk belajar dari kesalahan.

b. *Work-hard/play hard culture*

Budaya organisasi ini memotivasi karyawan untuk mengambil resiko rendah dan mengharapkan pengembalian yang cepat. Budaya organisasi ini lebih mengutamakan penjualan.

c. Bet-your company culture

Budaya organisasi ini ada di lingkungan dimana resiko tinggi dan keputusan diambil sebelum hasil diketahui.

d. Process culture

Budaya resiko rendah dengan pengembalian rendah; karyawan hanya fokus kepada bagaimana sesuatu dilakukan daripada hasil.

3. Penelitian terkait budaya organisasi

Penelitian terkait budaya organisasi telah dilakukan. Salah satunya adalah penelitian Flemming and Flemming (2017) budaya organisasi perusahaan memiliki hubungan positif yang signifikan dengan kinerja. Senada dengan penelitian Suryadi and Aima (2019) menyimpulkan bahwa pelatihan dan komitmen organisasi memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap kinerja karyawan, baik secara parsial maupun simultan. Selain itu, komitmen organisasi memediasi budaya organisasi dan pelatihan kinerja.

Budaya organisasi, menurut Taroreh (2016) menyatakan terdapat enam efek yang signifikan secara langsung, yaitu: (1) Budaya Organisasi memiliki efek langsung pada komitmen organisasi (2) pembelajaran organisasi memiliki efek langsung pada

komitmen organisasi (3) Pemberdayaan memiliki efek langsung pada kinerja (4) Budaya Organisasi memiliki efek langsung pada kinerja (5) pembelajaran organisasi memiliki efek langsung pada kinerja, dan (6) Pemberdayaan memiliki efek langsung pada kinerja.

Mandi, Sunardi, and Harsono (2019) menyatakan budaya organisasi dan komitmen organisasi mempengaruhi perilaku organisasi, ini berarti budaya yang kuat dan komitmen yang tinggi dari setiap karyawan akan meningkatkan perilaku dalam organisasi. Budaya organisasi dan pengaruh komitmen organisasi terhadap kinerja karyawan melalui perilaku organisasi. Begitu juga dengan penelitian Hakim (2015) budaya organisasi memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap komitmen organisasi dan kinerja karyawan. Ditemukan juga bahwa komitmen organisasi memiliki dampak positif dan signifikan terhadap kinerja karyawan, dan komitmen organisasi memiliki peran signifikan sebagai variabel mediasi antara budaya organisasi dengan kinerja karyawan. Temuan ini memberi makna bahwa, untuk meningkatkan kinerja karyawan perlu meningkatkan budaya organisasi dan komitmen organisasi.

Penelitian menunjukkan bahwa budaya organisasi dan lingkungan kerja berpengaruh positif signifikan terhadap kinerja pegawai. Penelitian (Putri Pratiwi & Adi, 2019) menunjukkan bahwa motivasi kerja, lingkungan kerja, dan budaya organisasi baik secara

parsial maupun secara simultan berpengaruh signifikan dan positif terhadap kinerja karyawan.

E. Matriks Kajian Literatur

Pada bagian ini penulis akan memaparkan beberapa contoh kajian literature yang kami rangkum dalam matriks kajian literature kepemimpinan transformatif, kepemimpinan spiritual, budaya organisasi dan budaya keselamatan pasien.

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
1	Krepia et al. (2018) Grece	Untuk Eksplorasi implementasi kepemimpinan transformasional dalam keperawatan	Tinjauan literatur di basis data Pubmed, Google scholar dan ProQuest.	Transformasional kepemimpinan memengaruhi secara positif pekerjaan, kepuasan dan berkontribusi untuk mengurangi kelelahan, kecemasan perawat Disarankan utk menggunakan kepemimpinan transformasional sebagai strategi pilihan untuk keperawatan.
2	Boamah, Laschinger, Wong, and Clarke (2018) Canada	Untuk mengetahui pengaruh perilaku kepemimpinan transformasional perawat terhadap kepuasan kerja dan Keselamatan pasien.	Desain survei prediksi cross-sectional untuk menguji model hipotesis	Perilaku manajer kepemimpinan transformasional sebagai strategi yang berguna dalam menciptakan kondisi kepuasan kerja yang mempromosikan hasil keamanan yang lebih baik bagi pasien dan perawat

Tabel 2.3 Tabel kajian literatur Kepemimpinan Transformasional

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
3	Al-Yami, Galdas, and Watson (2018) Saudi Arabia	Untuk memeriksa bagaimana gaya kepemimpinan manajer perawat, dan organisasi perawat komitmen di Arab Saudi berhubungan.	Desain survei, Kuisisioner Kepemimpinan Multifaktor	Kepemimpinan transformasional adalah gaya kepemimpinan yang paling dominan. Setelah mengendalikan pengaruh status manajer / staf, kebangsaan dan rumah sakit, kepemimpinan transformasional adalah kontributor terkuat untuk komitmen organisas
4	Morsiani et al. (2017)	Menggambarkan persepsi perawat terkait dengan gaya kepemimpinan yang dapat meningkatkan kepuasan kerja	<i>Mixed method study</i>	Gaya Kepemimpinan transformasional perlu ditingkatkan melalui perilaku berdasarkan rasa hormat yang tinggi, perhatian terhadap orang lain pengembangan professional dan apresiasi, Kemampuan gaya kepemimpinan transformasional manajer perawat dapat meningkatkan tingkat kepuasan kerja perawat
5	Abdelhafiz et al. (2016) Jordan	Untuk mengetahui bagaimana gaya kepemimpinan pemimpin perawat mempengaruhi kepuasan kerja	<i>Quantitative, descriptive and comparative methods</i>	Peningkatan perilaku gaya kepemimpinan transformasional dari kepala perawat dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat dan

Tabel 2.3 Tabel kajian literatur Kepemimpinan Transformatif

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		di antara perawat yang Bekerja		dengan demikian berkontribusi pada peningkatan retensi perawat.
6	Alshahrani (2015)	Mengevaluasi pengaruh gaya kepemimpinan transformatif dan transaksional kepala perawat terhadap kepuasan kerja perawat	<i>Quantitative cross-sectional study</i>	Perawat yang bekerja di bawah pimpinan dengan gaya kepemimpinan transformatif menunjukkan kepuasan kerja perawat yang lebih tinggi ($p < 0,05$).
7	Negussie and Demissie (2013) Nigeria	Untuk mengetahui hubungan antara gaya kepemimpinan manajer perawat dengan kepuasan kerja perawat di RS	<i>Quantitative research Non-experimental correlation design.</i>	Perawat lebih puas dengan kepemimpinan transformatif dari pada kepemimpinan transaksional. Oleh sebab itu manajer perawat harus menggunakan gaya kepemimpinan untuk meningkatkan kepuasan kerja perawat.
8	R. F. Abualrub and Alghamdi (2012)	Untuk menguji dampak gaya kepemimpinan manajer perawat terhadap kepuasan kerja perawat Saudi dan niat mereka untuk tetap bekerja	<i>Descriptive Corelation</i>	Perawat lebih puas dengan pimpinan yang menunjukkan gaya kepemimpinan transformatif dan memiliki niat untuk tetap bekerja.
9	Hasan et al. (2017)	Untuk Mengetahui hubungan kepemimpinan transformatif dengan	<i>Survey analitik dengan desain cross sectional</i>	Ada hubungan antar semua indikator kepemimpinan Transformatif dengan penerapan budaya keselamatan

Tabel 2.3 Tabel kajian literatur Kepemimpinan Transformasional

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		penerapan budaya keselamatan pasien		pasien sehingga perlu menerapkannya dalam mengupayakan pencapaian standar keselamatan pasien yg lebih tinggi
10	Herminingsih (2011)	Untuk mengkaji Pengaruh Kepemimpinan Transformasional terhadap Budaya organisasi	<i>Survey analitik dengan desain cross sectional</i>	Secara keseluruhan ditemukan kepemimpinan transformasional berpengaruh signifikan terhadap budaya organisasi
11	Miswanto (2008)	Untuk mengetahui pengembangan model kepemimpinan transformasional		Pemahaman tentang apa itu kepemimpinan transformasional dan apa perbedaannya dengan kepemimpinan transaksional, kharismatik dan strategi masih ada sedikit kontroversi
12	Amirullah (2018)	Untuk Menganalisis dan menjelaskan pengaruh gaya kepemimpinan transformasional, kecerdasan emosi dan konflik peran terhadap kinerja dan kepuasan kerja pegawai pada puskesmas dikota makassar	<i>Desain Cross sectional dan menggunakan SEM</i>	Hasilnya menunjukkan bahwa kepemimpinan transformasional berpengaruh signifikan terhadap kinerja pegawai dan kepemimpinan transformasional berpengaruh tidak signifikan terhadap kepuasan kerja pegawai
13	Hartanto and Warsito (2018)	Mengidentifikasi kepemimpinan Kepala Ruang dalam Penerapan Budaya	<i>Literatur Review</i>	Kepemimpinan kepala ruang dalam penerapan budaya keselamatan pasien meliputi

Tabel 2.3 Tabel kajian literatur Kepemimpinan Transformasional

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		keselamatan pasien di RS		kepemimpinan dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien, membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan system pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman dengan pasien serta mengimplementasikan sistem keselamatan pasien. Semua peran kepemimpinan kepala ruang tersebut ada pada kepemimpinan transformasional, dimana kepala ruang dan staf berusaha untuk mencapai moralitas dan motivasi yang lebih tinggi dalam penerapan budaya keselamatan pasien
14	Choi, Goh, Adam, and Tan (2016)	Untuk menyelidiki hubungan kausal antara persepsi kepemimpinan transformasional, pemberdayaan, dan kepuasan kerja di antara	Penelitian survey. Menggunakan (PLS-SEM) untuk menganalisis model pengukuran dan memperkiraka	Pemberdayaan karyawan tidak hanya diperlukan untuk meningkatkan kepuasan kerja tetapi juga memediasi hubungan antara kepemimpinan transformasional dengan kepuasan

Tabel 2.3 Tabel kajian literatur Kepemimpinan Transformasional

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		perawat dan asisten medis. Studi ini juga mengeksplorasi efek mediasi dari pemberdayaan antara kepemimpinan transformasional dan kepuasan kerja.	n parameter dalam model jalur.	kerja staf keperawatan. Studi ini menawarkan wawasan kebijakan penting bagi manajer di pelayanan kesehatan sebagai upaya meningkatkan kepuasan kerja perawat.
15	Emmanuel and Hassan (2015)	Untuk menyelidiki pengaruh komponen kepemimpinan Transformasional (Karisma, Pertimbangan Individu, Stimulasi Intelektual) terhadap kepuasan karyawan	Jenis penelitian eksplanatori yang dikombinasikan dengan penelitian deskriptif rancangan studi <i>cross-section</i> .	Semua komponen kepemimpinan Transformasional yang Kharisma, Pertimbangan individu, stimulasi Intelektual positif dan signifikan dalam mempengaruhi kepuasan kerja karyawan
16	Xenikou (2017)	Untuk menyelidiki model hubungan antara kepemimpinan transformasional imbalan kontingen transaksional, dan identifikasi organisasi yang dimediasi oleh tujuan serta orientasi pada budaya inovasi.	<i>Experimental-causal-chain design</i>	Temuan penelitian ini menyangkut identifikasi mekanisme yang berbeda untuk menjelaskan efek kepemimpinan transformasional dan imbalan kontingensi transaksional pada aspek kognitif dan afektif dalam menerapkan perspektif budaya organisasi dan mengkombinasikan pengukuran variabel.

Tabel 2.3 Tabel kajian literatur Kepemimpinan Transformasional

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
17	Flemming and Flemming (2017)	Untuk mengetahui hubungan antara kepemimpinan transformasional, jenis budaya organisasi perusahaan dan kinerja di empat organisasi sektor publik dan swasta.	Penelitian survey dengan metode kuantitatif	Kepemimpinan transformasional berkorelasi kuat dengan kinerja organisasi, konsistensi dan kemampuan beradaptasi. Budaya organisasi perusahaan memiliki hubungan positif yang signifikan dengan kinerja. Studi ini menyimpulkan bahwa kepemimpinan transformasional dan budaya organisasi perusahaan memiliki efek positif dalam memfasilitasi kinerja di organisasi sektor publik dan swasta.
18	Sfantou et al. (2017) Grecee	Kepemimpinan profesional kesehatan yang efektif sangat penting untuk memperkuat kualitas dan integrasi perawatan. Penelitian ini bertujuan untuk menilai apakah ada hubungan antara gaya kepemimpinan yang berbeda dan ukuran kualitas kesehatan.	Literatur Reviu Pencarian dilakukan di Medline (PubMed) dan basis data 2004-2015	Gaya kepemimpinan ditemukan sangat berkorelasi dengan perawatan berkualitas dan tindakan terkait. Kepemimpinan dianggap sebagai elemen inti untuk penyediaan perawatan yang terkoordinasi dan terintegrasi dengan baik,
19	Migowski, Oliveira Júnior,	Untuk menguji hubungan antara hubungan	Penelitian kualitatif wawancara/a	Gaya kepemimpinan keperawatan bukanlah faktor yang

Tabel 2.3 Tabel kajian literatur Kepemimpinan Transformasional

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
	Riegel, and Migowski (2018) Brazilian	interpersonal, kepemimpinan keperawatan dan budaya keselamatan pasien dan dampaknya terhadap efisiensi rumah sakit.	nalisis dokumen dan elektronik	pasti untuk meningkatkan keselamatan dan efisiensi pasien. Kelemahan dalam konsolidasi hubungan interpersonal tampaknya terkait dengan kesulitan dalam mengkonsolidasikan budaya keselamatan pasien, yang mencegah rumah sakit mencapai indikator efisiensi
20	R. AbuAIRub and Nasrallah (2017) Jordania	Untuk menyelidiki dampak perilaku kepemimpinan manajer perawat dan budaya organisasi terhadap Niat perawat Yordania untuk tetap bekerja di rumah sakit umum, swasta dan universitas	Desain korelasional	Perilaku kepemimpinan manajer perawat dan budaya organisasi secara positif terkait dengan tingkat niat untuk tetap bekerja dan gaya kepemimpinan transformasional manajer perawat meningkatkan positif budaya RS serta niat perawat untuk tetap bekerja.

Tabel. 2.4 Kajian Literatur Kepemimpinan Spiritual

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
1	Jahandar et al. (2017)	untuk menjelaskan apakah model kepemimpinan spiritual dapat digunakan sebagai paradigma oleh	Review literatur yang terpilih dianalisis	48 Kepemimpinan spiritual dapat meningkatkan produktivitas organisasi dan kepuasan karyawan. Pemimpin dibidang keperawatan harus

Tabel. 2.4 Kajian Literatur Kepemimpinan Spiritual

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		pemimpin dibidang keperawatan.		lebih memperhatikan jenis kepemimpinan ini untuk mencapai hasil organisasi yang positif; oleh karena itu, mereka membutuhkan lebih banyak pelatihan tentang kepemimpinan spiritual.
2	Abdurrahman and Agustini (2011)	untuk mengetahui hubungan kepemimpinan spiritual dan spiritualitas tempat kerja rumah sakit umum swasta di Kota Bandung	Metode survei eksplanatori yang dianalisis menggunakan metode analisis deskriptif dan verifikatif. Metode verifikatif dengan menggunakan uji korelasi Rank-Spearman dan Kendall.	Perilaku kepemimpinan spiritual yang dijalankan oleh pemimpin rumah sakit dinilai tinggi oleh para karyawan, sesuai dengan kenyataan yang diamati oleh para karyawan. Demikian pula kondisi spiritualitas tempat kerja yang ada pada Rumah Sakit Al Islam dan Rumah Sakit St. Borromeus dinilai sangat tinggi oleh para karyawan, sesuai dengan kenyataan yang dialami oleh para karyawan. Analisis dengan uji korelasi Rank-Spearman, mengindikasikan bahwa kepemimpinan spiritual dan spiritualitas tempat kerja memiliki hubungan yang positif dan kuat.

Tabel. 2.4 Kajian Literatur Kepemimpinan Spiritual

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
3	Jahandar et al. (2017)	untuk menentukan konsep kepemimpinan spiritual dari perspektif perawat dan mengenali aspek model kepemimpinan spiritual dalam konteks sosiokultural perawat Iran.	Penelitian kualitatif menggunakan metode analisis konten terarah dengan wawancara mendalam.	Unsur-unsur motivasi ekstrinsik dan pembelajaran organisasi memiliki potensi untuk mengembangkan kepemimpinan spiritual. Para manajer keperawatan dapat menggunakan potensi ini untuk mendorong hasil layanan keperawatan.
4	Fry et al. (2005)	Untuk menguji model sebab akibat kepemimpinan spiritual yang menghipotesiskan hubungan positif antara kualitas kepemimpinan spiritual, kelangsungan hidup spiritual, produktivitas dan komitmen organisasi	Menggunakan data longitudinal yang menggunakan survei yang dikembangkan <i>Spiritual Leadership Theory (SLT)</i>	Teori kepemimpinan spiritual menawarkan janji sebagai batu loncatan untuk membentuk paradigma baru dari teori kepemimpinan karena menggabungkan dan memperluas teori transformasional dan karismatik serta teori berbasis etika dan nilai
5	Yang and Fry (2018)	Untuk menguji pengaruh kepemimpinan spiritual	Desain Croos sectional yang diuji menggunakan <i>SEM</i>	Diperoleh hasil bahwa kepemimpinan spiritual dapat mengurangi kelelahan di antara personil laboratorium medis dan memberikan pengaruh positif terhadap komitmen organisasi, produktivitas unit kerja, dan karyawan kepuasan hidup.

Tabel. 2.4 Kajian Literatur Kepemimpinan Spiritual

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
6	Benefiel et al. (2014)	Untuk mengeksplorasi asumsi dan sejarah yang mendasari teori dan penelitian empiris tentang spiritual dan agama di tempat kerja	Metode tinjauan empiris tentang spiritual di tempat kerja	Spiritual di tempat kerja mulai mengalami beberapa konvergensi tentang pentingnya kehidupan batin atau spiritual dalam menumbuhkan visi dan nilai-nilai altruistik yang memuaskan karyawan yang secara positif mempengaruhi individu dan organisasi.
7	Kathryn Czurylo, Rita Epsom RN, Michele Gattuso RN, Barbara Stark RN, and Patricia Zastrow (2009)	Untuk mengukur skor lingkungan kerja dan skor persepsi kesejahteraan spiritual Seta menentukan apakah kedua instrumen tersebut terkait.	Survei <i>cross-sectional</i>	Kesejahteraan spiritualitas perawat serta lingkungan kerja perawat adalah konsep terpisah yang masing-masing layak untuk dikembangkan dan dapat menambah dasar pengetahuan untuk peningkatan perawatan pasien yang berkualitas
8	Reimer-Kirkham et al. (2012)	Untuk mengeksplorasi wacana keperawatan spiritualitas dan kepemimpinan.	Menggunakan mix-method meliputi tinjauan literatur, penelitian kualitatif dan analisis filosofis.	Spiritualitas dalam kepemimpinan keperawatan adalah bidang yang relatif kurang dipelajari yang dipengaruhi oleh banyak faktor kontekstual. Pemimpin perawat dalam studi kualitatif membuktikan kesadaran akan pengaruh spiritualitas dan kepedulian terhadap layanan kesehatan namun

Tabel. 2.4 Kajian Literatur Kepemimpinan Spiritual

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
				berhati-hati dalam mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik kepemimpinan karena pengaruh organisasi dan sosial.
9	Alimudin, Septian, Sasono, and Wulandari (2017)	Untuk mengetahui hubungan kepemimpinan spiritual dengan budaya organisasi	Pendekatan kuantitatif metode analisis model SEM	Terdapat hubungan yang positif antara kepemimpinan spiritual dengan budaya organisasi.
10	Espinosa et al. (2017)	Untuk menguji validitas model Kepemimpinan Spiritual yang diusulkan oleh Fry (2003)	Penelitian non-eksperimental korelasional-kausal deskriptif dan instrumental, dilakukan untuk mempelajari komponen dari model instrumen	<i>Spiritual Leadership Questionnaire (SLT)</i> adalah instrument yang kuat digunakan mengukur kepemimpinan spiritual karena memiliki konsistensi internal dari tujuh elemen.
11	Rassouli and Atashzadeh-Shoorideh (2018)	Untuk menjelaskan bagaimana model kepemimpinan spiritual dapat digunakan sebagai paradigma untuk kepemimpinan keperawatan	Studi literature database elektronik (PubMed, Scopus, Google Scholar dan Science Direct)	Kepemimpinan spiritual dapat meningkatkan produktivitas organisasi dan kepuasan karyawan. Para pemimpin bidang keperawatan harus lebih memperhatikan jenis kepemimpinan ini untuk mencapai hasil organisasi yang positif; oleh karena itu, mereka

Tabel. 2.4 Kajian Literatur Kepemimpinan Spiritual

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
				membutuhkan lebih banyak pelatihan tentang kepemimpinan spiritual.
12	Wang, Guo, Ni, Shang, and Tang (2019)	Untuk mengeksplorasi efektivitas kepemimpinan spiritual pada kinerja karyawan, perilaku berbagi pengetahuan dan perilaku inovasi.	Penelitian analitik menggunakan kuesioner.	Kepemimpinan spiritual secara positif meningkatkan kinerja karyawan, perilaku berbagi pengetahuan dan perilaku inovasi.
13	H. Martins, Romeiro, and Caldeira (2017)	untuk menggambarkan metode yang telah digunakan dalam penelitian keperawatan yang berfokus pada spiritualitas.	Pencarian elektronik pada database melalui EBSCOhost mengidentifikasi 2.091 kutipan, dan total 231 studi.	Penelitian tentang spiritualitas dalam keperawatan didasarkan pada kedua paradigma utama (kuantitatif dan kualitatif), tetapi juga pada metode campuran. Lebih banyak riset telah dilakukan menggunakan desain <i>cross-sectional</i> dibandingkan dengan desain longitudinal.
14	Samul (2020b)	Untuk mengeksplorasi konsep kepemimpinan spiritual dan mengusulkan model konseptual kepemimpinan spiritual dalam konteks	Studi literature dan analisis bibliometrik dari 373 publikasi dari database Scopus, yang mencakup periode 1980 hingga 2019	Pengembangan teori kepemimpinan spiritual sangat relevan dan dapat diterapkan untuk penciptaan hingga pemeliharaan tempat kerja yang berkelanjutan bagi karyawan.

Tabel. 2.4 Kajian Literatur Kepemimpinan Spiritual

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		keberlanjutan di tempat kerja.		
15	Cruz et al. (2018) Spain	Studi ini menyelidiki iklim spiritual sebuah rumah sakit di Arab Saudi sebagaimana yang dirasakan oleh perawat.	<i>Metode cross-sectional</i>	Temuan ini menekankan perlunya meningkatkan iklim spiritual di rumah sakit. Lingkungan yang kondusif secara spiritual meningkatkan hasil pasien, perawat dan organisasi

Tabel. 2.5 Kajian Literatur Budaya Organisasi

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
1	Taroreh (2016)	untuk menyelidiki pengaruh (1) budaya organisasi pada komitmen organisasi, (2) pembelajaran organisasi pada komitmen organisasi, (3) pemberdayaan pada komitmen organisasi, (4) budaya organisasi pada kinerja UKM, (5) komitmen organisasi pada kinerja UKM, (6) organisasi pembelajaran pada kinerja UKM, dan (7) pemberdayaan	Metode kuantitatif	Terdapat enam efek yang signifikan secara langsung, yaitu: (1) Budaya Organisasi memiliki efek langsung pada komitmen organisasi (2) pembelajaran organisasi memiliki efek langsung pada komitmen organisasi (3) Pemberdayaan memiliki efek langsung pada kinerja UKM (4) Budaya Organisasi memiliki efek langsung pada kinerja UKM (5) Komitmen Organisasi tidak memiliki efek langsung pada kinerja UKM (6) pembelajaran organisasi memiliki efek langsung pada

Tabel. 2.5 Kajian Literatur Budaya Organisasi

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		pada kinerja UKM		kinerja UKM, dan (7) Pemberdayaan memiliki efek langsung pada kinerja UKM
2	Suryadi and Aima (2019)	Untuk mengetahui dan menjelaskan pengaruh budaya organisasi dan pelatihan terhadap komitmen organisasi dan implikasinya terhadap kinerja pegawai Puskesmas Johar Baru.	Metode penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif	Budaya organisasi, pelatihan dan komitmen organisasi memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap kinerja karyawan, baik secara parsial maupun simultan. Selain itu, komitmen organisasi memediasi budaya organisasi dan pelatihan kinerja.
3	Mandi et al. (2019)	Untuk menganalisis pengaruh budaya organisasi dan komitmen organisasi terhadap perilaku	Metode survei dengan kuesioner sebagai alat pengumpulan data	Budaya organisasi dan komitmen organisasi mempengaruhi perilaku organisasi, ini berarti budaya yang kuat dan komitmen yang tinggi dari setiap karyawan akan meningkatkan perilaku dalam organisasi. Budaya organisasi dan pengaruh komitmen organisasi terhadap kinerja karyawan melalui perilaku organisasi.
4	Hakim (2015)	Untuk menganalisis dan mengetahui pengaruh budaya	Pendekatan yang digunakan adalah kausalitas	Budaya organisasi memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap komitmen organisasi dan kinerja

Tabel. 2.5 Kajian Literatur Budaya Organisasi

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		organisasi terhadap komitmen organisasi dan kinerja karyawan serta pengaruh komitmen organisasi terhadap kinerja karyawan	antar variabel, dengan teknik pengambilan sampel menggunakan metode sensus	karyawan. Ditemukan juga bahwa komitmen organisasi memiliki dampak positif dan signifikan terhadap kinerja karyawan, dan komitmen organisasi memiliki peran signifikan sebagai variabel mediasi antara budaya organisasi dengan kinerja karyawan. Temuan ini memberi makna bahwa, untuk meningkatkan kinerja karyawan perlu meningkatkan budaya organisasi dan komitmen organisasi.
5	Sengottuvel and Aktharsha (2016)	untuk menguji hubungan antara Budaya Organisasi dan Kinerja Organisasi		Strategi emphasis ditemukan sebagai prediktor yang signifikan terhadap kinerja organisasi. Selain itu, semua dimensi Budaya Organisasi digabungkan bersama sehingga menjelaskan variasi yang signifikan dalam kinerja organisasi

Tabel. 2.6 Kajian Literatur Budaya Keselamatan Pasien

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
1	Fischer et al. (2018) USA	Untuk memvalidasi kerangka kerja faktor faktor yang mempengaruhi	Systematic Review Tinjauan sistematis tentang kepemimpinan	Konsensus faktor spesifik bahwa kepemimpinan adalah kunci untuk menumbuhkan

Tabel. 2.6 Kajian Literatur Budaya Keselamatan Pasien

No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		hubungan kepemimpinan transformasional dan iklim keselamatan, dan pengujian faktor-faktor rantai keselamatan dengan menghasilkan hipotesis tentang efek mediasi dan moderasi	dan literatur keselamatan pasien	budaya keselamatan pasien.
2	Wagner et al. (2018) Jerman	Untuk mempertimbangkan dan menguji predictor yg relevan untuk persepsi staf tentang budaya keselamatan kerja dan pasien di rumah sakit dan apakah ada prediktor bersama.	Metode: statistik deskriptif, korelasi bivariat, analisis faktor eksplorasi, dan analisis regresi berganda	Model Budaya Keselamatan Kerja, kepuasan kerja, konflik privasi-kerja, dan kelelahan pasien terkait diidentifikasi sebagai pusat prediktor. Prediktor penting dalam model Budaya Keselamatan Pasien adalah dukungan manajemen untuk keselamatan pasien, dukungan pengawas untuk keselamatan pasien, dan staf. Kedua model ini menghasilkan prediksi yang berbeda.
3	Hamdan and Saleem (2018) Palestina	Keselamatan pasien dianggap sebagai masalah kesehatan global yang mempengaruhi pasien di semua pengaturan pemberian	Desain kuantitatif survey cross-sectional	Program peningkatan kualitas memiliki efek positif pada budaya keselamatan di rumah sakit umum Palestina.

Tabel. 2.6 Kajian Literatur Budaya Keselamatan Pasien

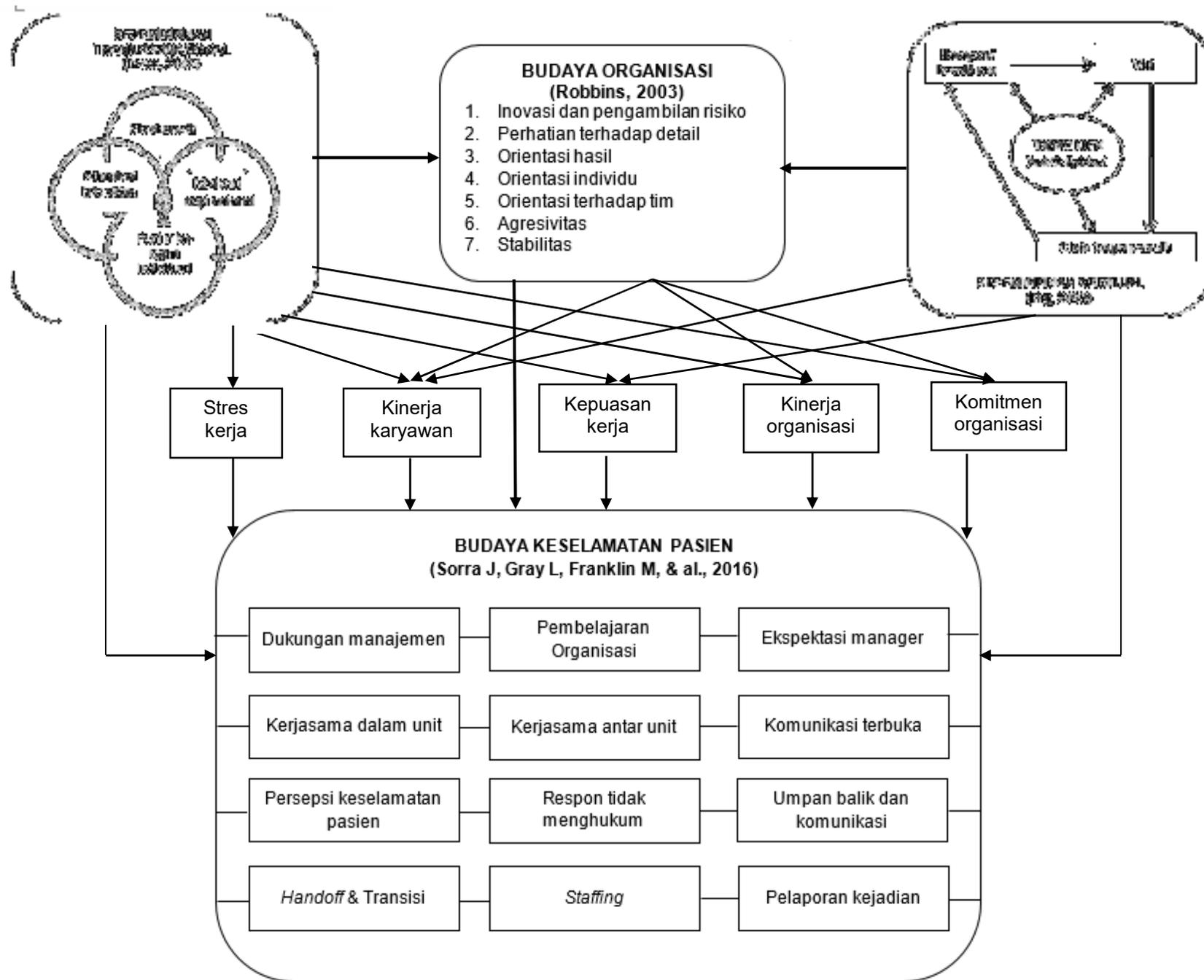
No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		perawatan kesehatan. Sebagian besar merugikan kejadian dalam perawatan medis berpotensi dapat dicegah dari budaya keselamatan pasien		
4	Singh and Sittig (2016)	Membuat model baru terkait teknologi informasi kesehatan dalam meningkatkan keselamatan pasien	Penelusuran landasan konsep dan menanggapi kesenjangan konseptual dan metodologis terkait dengan IT kesehatan dalam keselamatan pasien	Terbentuk sebuah kerangka kerja yang mengintegrasikan pengukuran retrospektif dan prospektif dengan manajemen risiko klinis yang ada dan program keselamatan pasien. Berguna dalam memfasilitasi pembelajaran organisasi, penilaian komprehensif tentang keselamatan pasien.
5	Hwang et al. (2013)	Untuk mengidentifikasi item pelaporan kejadian di rumah sakit menggunakan kerangka WHO tentang <i>International Classification for Patient Safety</i> (ICPS)	Survei <i>cross-sectional</i>	Kerangka ICPS adalah model referensi yang berguna untuk klasifikasi item pelaporan insiden keselamatan pasien. Namun, diperlukan penyempurnaan lebih lanjut untuk kerangka ICPS sehingga lebih mewakili data tentang keselamatan pasien.
6	Britto et al. (2018)	Untuk mengembangkan system pembelajaran	Menggunakan model network	Tercipta 7 bagian kunci yang menjadi solusi keselamatan pasien meliputi

Tabel. 2.6 Kajian Literatur Budaya Keselamatan Pasien

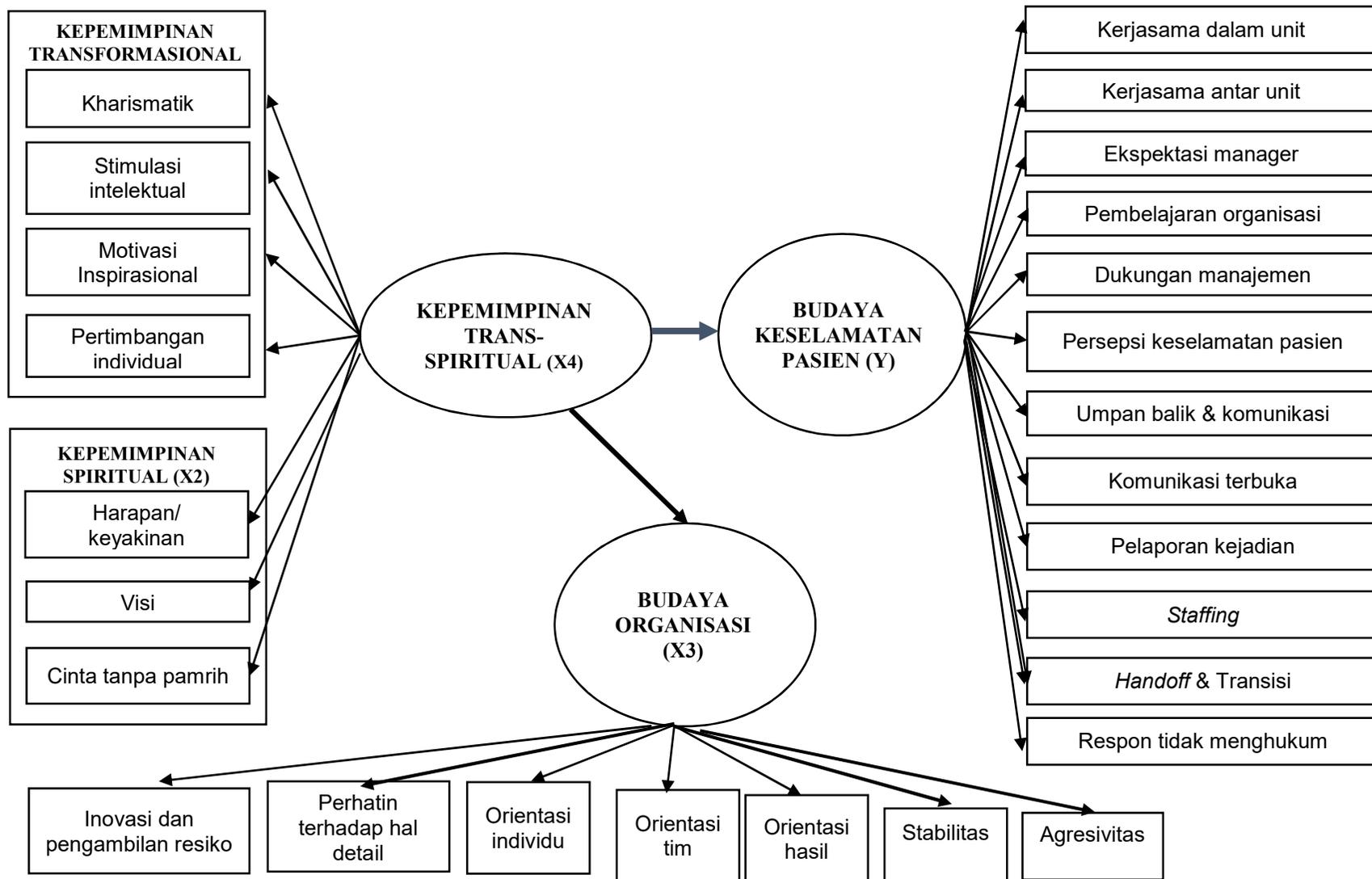
No	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/ Kesimpulan
		kesehatan sebagai solusi untuk keselamatan pasien	organizational architecture	pencegahan, budaya, inovasi, jaringan yang efektif, penggunaan sistem pembelajaran, kemitraan yang kuat, melibatkan keluarga.
7	Park and Kim (2019)	Untuk membangun dan menguji model yang menguraikan faktor-faktor yang berkaitan dengan kegiatan perawat dalam manajemen keselamatan pasien	Penelitian Survei dengan menggunakan kuesioner terstruktur	Terciptanya model yang tersusun dari faktor pribadi, faktor pekerjaan, pengakuan terkait keselamatan, dan budaya keselamatan pasien yang secara signifikan mempengaruhi kegiatan perawat dalam manajemen keselamatan pasien.
8	Edwards (2017)	Untuk menyajikan model perbaikan berdasarkan teori pembelajaran organisasi dan menerapkannya dalam konsep keselamatan pasien	Ulasan literature tentang sejarah intelektual keselamatan pasien dan mengulas berbagai model yang disajikan	Model kolaboratif telah mendominasi upaya peningkatan keselamatan pasien, meskipun demikian, diperlukan perhatian yang lebih besar terhadap model pembelajaran organisasi yang dapat mendorong kemajuan yang lebih cepat dalam peningkatan keselamatan pasien dengan meningkatkan kemampuan organisasi, memperkuat budaya keselamatan, dan memperbaiki lebih banyak masalah proses yang berkontribusi terhadap bahaya pada pasien.

Hasil kajian literatur ditemukan berbagai penelitian yang menyusun model maupun pengembang model terkait variabel keselamatan pasien, kepemimpinan transformasional, kepemimpinan spiritual dan budaya organisasi. Dapat disimpulkan bahwa model yang ada sebatas pengujian indikator yang menyusun variabel, mendefinisikan indikator pengukuran variabel maupun uji coba efektivitas dari indikator tersebut. Terdapat juga model yang dikaitkan dengan outcome dan kinerja organisasi.

Kelebihan dari pengembangan model kepemimpinan trans-spiritual yang diajukan dalam penelitian ini adalah penggabungan indikator dari kepemimpinan transformasional dengan kepemimpinan spiritual yang diduga dapat menciptakan gaya kepemimpinan trans-spiritual sehingga berefek pada budaya keselamatan pasien.



Gambar 2.5 Kerangka teori



Keterangan: ○ Variabel eksogen
 ○ Variabel endogen
 □ Indikator variabel

Gambar 2.6 Kerangka konsep

I. Devinisi Operasional

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
Kepemimpinan tranasformasional (X1)	Gaya kepemimpinan kepala ruangan yang dinilai oleh perawat meliputi kharismatik, motivasi inspirasional, stimulasi intelektual, pertimbangan individual.	Kharismatik (X1.1)	kemampuan untuk menciptakan suasana yang memotivasi berdasarkan komitmen dan identifikasi emosional dari visi filosofi dan gaya bawahan mereka	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 11 Kurang: Jika skor kurang dari 11	<i>Multifactor Leadership Questionnaire-MLQ</i>	Rasio
		Motivasi Inspirasional (X1.2)	kemampuan untuk bersemangat mengkomunikasikan masa depan organisasi yang ideal untuk menumbuhkan semangat kerja tim, bukan hanya semangat individu	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 10 Kurang: Jika skor kurang dari 10		Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
		Stimulasi Intelektual (X1.3)	kemampuan yang dapat membentuk karyawan untuk berinovasi dan memecahkan masalah	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 11 Kurang: Jika skor kurang dari 11		Rasio
		Pertimbangan Individual (X1.4)	kemampuan untuk memperlakukan dan memperhatikan karyawan secara individual, melatih dan memberikan nasehat serta mengakui kemampuan orang lain dan mengembangkan potensi yang ada pada setiap anggotanya	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 11 Kurang: Jika skor kurang dari 11		Rasio
Kepemimpinan spiritual (X2)	Gaya kepemimpinan kepala ruangan	Visi/pandangan ke depan (X2.1)	ke para anggota organisasi mengalami	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 20	<i>The Spiritual Leadership</i>	Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
	yang dinilai oleh perawat meliputi visi, harapan/keyakinan, cinta tanpa pamrih.		panggilan hidup dalam hal kehidupan mereka termasuk spesifikasi arah perubahan, penyederhanaan banyak keputusan yang tepat, dan koordinasi tindakan	Kurang: Jika skor kurang dari 20	<i>Theory Questionnaire (SLTQ)</i>	
		Harapan/ keyakinan (X2.2)	kemampuan untuk menggambarkan keyakinan pemimpin kepada anggotanya terhadap pencapaian tujuan	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 20 Kurang: Jika skor kurang dari 20		Rasio
		Cinta tanpa pamrih (X2.3)	kemampuan untuk serangkain perilaku pemimpin yang memiliki kepedulian, perhatian,	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 28 Kurang: Jika skor kurang dari 28		Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
			melindungi dan menanamkan rasa saling menghormati antar sesama anggota			
Budaya organisasi (X3)	Nilai, prinsip, tradisi dan cara bekerja yang dianut perawat meliputi inovasi & pengambilan risiko, perhatian terhadap detail, orientasi hasil, individu dan tim, agresivitas, stabilitas.	Inovasi & pengambilan risiko (X3.1)	para anggota organisasi atau karyawan didorong untuk inovatif dan berani mengambil resiko	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 36 Kurang: Jika skor kurang dari 36	kuisisioner budaya organisasi (<i>Model Stephen P. Robbins</i>)	Rasio
		Perhatian terhadap detail (X3.2)	para anggota organisasi atau karyawan diharapkan mau memperlihatkan kecermatan, analisis dan perhatian	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 24 Kurang: Jika skor kurang dari 24		Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
			terhadap hal-hal yang detail (rinci)			
		Orientasi Individu (X3.3)	keputusan manajemen memperhitungkan efek hasil kepada orang-orang di dalam organisasi tersebut	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 32 Kurang: Jika skor kurang dari 32		Rasio
		Orientasi Tim (X3.4)	kegiatan kerja organisasi dilaksanakan dalam tim-tim kerja, bukan pada individu-individu	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 40 Kurang: Jika skor kurang dari 40		Rasio
		Orientasi Hasil (X3.5)	manajemen fokus pada hasil, bukan pada teknik dan proses yang digunakan untuk mendapatkan hasil tersebut	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 16 Kurang: Jika skor kurang dari 16		Rasio
		Stabilitas (X3.6)	kegiatan organisasi menekankan	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 24		Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
			dipertahankannya status quo sebagai lawan dari pertumbuhan atau inovasi	Kurang: Jika skor kurang dari 24		
		Agresivitas (X3.7)	orang-orang dalam organisasi menunjukkan keagresifan dan kompetitif, bukannya bersantai	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 28 Kurang: Jika skor kurang dari 28		Rasio
Kepemimpinan trans-spiritual (X4)	Penggabungan gaya kepemimpinan transformasional dengan kepemimpinan spiritual		Berdasarkan hasil analisis faktor (validasi konstruk dan konten instrument)		Kuesioner GAMIS (Gaya kepemimpinan Milenial Spiritual)	Rasio
Budaya keselamatan pasien (Y1)	Nilai, keyakinan dan asumsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan	Kerjasama unit (Y1.1)	dalam Staf saling mendukung, memperlakukan dengan hormat satu sama lain dan	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 16 Kurang: Jika skor kurang dari 16	<i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i> (HSOPC)	Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
	pasien yang lebih aman meliputi kerjasama dalam/antar unit, ekspektasi manager, pembelajaran organisasi, persepsi, umpan balik, komunikasi terbuka, pelaporan kejadian, <i>staffing, handoff</i> dan transisi, respon tidak mendukung.	Kerjasama antar unit (Y1.2)	Unit-unit di RS bekerja sama dan berkoordinasi untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 14 Kurang: Jika skor kurang dari 14		Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
		Ekspektasi manager (Y1.3)	Manajer mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memuji staf karena mengikuti prosedur, dan tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 14 Kurang: Jika skor kurang dari 14		Rasio
		Pembelajaran organisasi (Y1.4)	Kesalahan harusnya membuat perubahan positif bagi organisasi dan perubahan tersebut dievaluasi efektivitasnya	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 10 Kurang: Jika skor kurang dari 10		Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
		Dukungan manajemen (Y1.5)	Manajemen RS menciptakan iklim kerja yang memprioritaskan keselamatan pasien	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 10 Kurang: Jika skor kurang dari 10		Rasio
		Persepsi keselamatan pasien (Y1.6)	Adanya prosedur dan sistem yang baik dalam mencegah kejadian yang tidak diinginkan	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 13 Kurang: Jika skor kurang dari 13		Rasio
		Umpan balik dan komunikasi (Y1.7)	Staf diberi tahu tentang kesalahan yang terjadi, diberi umpan balik dan membahas cara untuk mencegah kesalahan berulang	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 12 Kurang: Jika skor kurang dari 12		Rasio
		Komunikasi terbuka (Y1.8)	Staf dengan leluasa berbicara jika mereka melihat sesuatu yang dapat	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 11		Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
			mempengaruhi pasien secara negatif dan merasa bebas untuk bertanya kepada mereka yang memiliki otoritas lebih	Kurang: Jika skor kurang dari 11		
		Pelaporan kejadian (Y1.9)	Kejadian yang dilaporkan mencakup: (1) kesalahan yang disadari dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, (2) kesalahan yang berpotensi membahayakan pasien, dan (3) kesalahan yang membahayakan pasien	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 10 Kurang: Jika skor kurang dari 10		Rasio

Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
		<i>Staffing</i> (Y1.10)	Jumlah staf untuk menangani beban kerja dan pembagian jam kerja yang sesuai untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 14 Kurang: Jika skor kurang dari 14		Rasio
		<i>Handoff</i> dan transisi (Y1.11)	Informasi perawatan pasien ditransfer ke seluruh unit rumah sakit dan disetiap perubahan shift	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 13 Kurang: Jika skor kurang dari 13		Rasio
		Respon tidak menghukum (Y1.12)	Staf ingin agar kesalahan yang mereka laporkan tidak diberi sanksi pelanggaran	Baik: Jika skor lebih dari atau sama dengan 8 Kurang: Jika skor kurang dari 8		Rasio

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *mixed methods* (metode kombinasi) merupakan metode penelitian yang mengkombinasikan atau menggabungkan antara pendekatan kualitatif dengan pendekatan kuantitatif atau sebaliknya dalam satu penelitian (Creswell, 2018). Adapun rancangan/ desain penelitian adalah *concurrent embedded* yaitu metode penelitian yang menggabungkan pada tahap awal menggunakan pendekatan kualitatif dan tahap berikutnya dengan pendekatan kuantitatif atau sebaliknya secara tidak seimbang. Misalnya satu penelitian mungkin menggunakan 70% kuantitatif dan 30% kualitatif atau sebaliknya (Sugiono, 2013)

Penelitian ini terdiri dari dua tahap pertama yakni tahap pertama menggunakan pendekatan kualitatif 30 %, melalui pengumpulan data dengan melakukan focus group discussion (FGD) yang bertujuan untuk mendalami dan menggali informasi yang diperlukan dalam membangun dimensi/indikator dan instrumen yang akan digunakan dalam pengembangan model.

Penelitian tahap dua menggunakan pendekatan kuantitatif 70% yang bertujuan untuk menguji model kepemimpinan berbasis spiritual. Penelitian tahap kedua menggunakan metode kuantitatif dengan desain penelitian menggunakan desain potong lintang (*cross sectional*) dengan