

Determinan Fungsi Manajemen Dan Kepemimpinan Kepala Ruangan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Di Rs. Dr. Chasbullah Abdul Madjid

Nur Miladiyah R¹, Puji Sarwati²

¹Dosen Prodi Ners Stikes Bani Saleh

²Dosen Prodi D3 Keperawatan Stikes Bani Saleh

Abstract. Patient safety in hospitals is a top priority in the delivery of health services. The development of patient safety culture can improve employee performance in improving the quality of nursing care. This study aims to determine the determinants of the management function and leadership of the head of nursing with the application of patient safety culture by the associates nurses in Dr. Chasbullah Abdul Madjid Hospitals. The research method uses a type of non-experimental research, with a quantitative approach, correlation analysis and cross sectional design with a total sample of 155 people. Based on the final modeling results, the results of multivariate modeling showed that the planning of the head of nurse had a potential of 4,742 times greater (p value 0,000, $\alpha = 0,05$, OR 4,742) compared to the direction of the head of nurse (pvalue 2,58, $\alpha = 0.05$, OR 2,586) and decision making (p value 0,000, $\alpha = 0.05$, OR 2.690). Based on the results of the above studies, the researchers suggest that hospital management can provide leadership training and patient safety culture, and supervise / round the culture of patient safety, planning the head of the room to improve patient safety culture.

Keywords: Management functions, leadership functions and patient safety culture

Abstrak. Keselamatan pasien di rumah sakit merupakan prioritas utama dalam pemberian layanan kesehatan. Pengembangan budaya keselamatan pasien dapat meningkatkan kinerja karyawan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan fungsi manajemen dan kepemimpinan kepala ruangan dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di Dr. Chasbullah Abdul Madjid. Metode penelitian menggunakan jenis penelitian non eksperimental, dengan pendekatan kuantitatif, analisis korelasi dan desain *cross sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 155 orang. Berdasarkan hasil pemodelan akhir didapatkan hasil pemodelan multivariat didapatkan perencanaan kepala ruangan berpeluang 4.742 kali lebih besar (pvalue 0,000 pada $\alpha = 0,05$, OR 4.742) dibandingkan dengan pengarahannya dari kepala ruangan (pvalue 2,586 pada $\alpha = 0,05$, OR 2,586) dan pengambilan keputusan (pvalue 0,000 pada $\alpha=0,05$, OR 2,690). Berdasarkan hasil penelitian diatas, peneliti menyarankan pihak manajemen rumah sakit dapat memberikan pelatihan kepemimpinan dan budaya keselamatan pasien, dan supervisi/ronde budaya keselamatan pasien, adanya perencanaan dari kepala ruangan untuk dapat meningkatkan budaya keselamatan pasien.

Kata kunci: Fungsi manajemen, fungsi kepemimpinan dan budaya keselamatan pasien

A. PENDAHULUAN

Latar Belakang

Keselamatan pasien di rumah sakit merupakan prioritas utama dalam pemberian layanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan komponen penting dalam asuhan keperawatan yang berkualitas. Pelayanan kesehatan yang diterima pasien di rumah sakit sangat kompleks, dan melibatkan berbagai disiplin ilmu, tes dan prosedur pengobatan sehingga kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Berdasarkan Khater et al, (2015) budaya keselamatan pasien didefinisikan sebagai nilai-nilai yang dipercaya antara

anggota untuk mengetahui dan memahami pentingnya nilai-nilai tersebut untuk dapat diterapkan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang landaskan pada keselamatan pasien (Singer et al 2009 dalam Khater et all 2015). Penelitian Anugrahini (2010) didapatkan hasil terdapat hubungan yang bermakna antara faktor organisasi terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien. Manajer keperawatan diharapkan dapat menjalankan seluruh fungsi manajemen sehingga lingkungan dan kondisi kerja akan mendukung pelayanan keperawatan dalam mencapai keselamatan pasien dan perawat.

Insiden keselamatan pasien di Dr. Chasbullah Abdul Madjid berdasarkan data tim IPCN adalah terdapatnya berbagai kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera yang dapat mengancam keselamatan pasien. Hasil observasi peneliti di bulan Januari – April 2017, peneliti mengidentifikasi budaya keselamatan pasien berdasarkan kepada sasaran keselamatan pasien didapatkan data bahwa penerapan program keselamatan pasien sudah dilaksanakan, namun belum optimal. Sasaran yang pertama pada penerapan program keselamatan pasien adalah ketepatan identifikasi pasien, selama ini identifikasi pasien sudah menggunakan gelang identifikasi pasien, namun pada saat perawat melakukan intervensi keperawatan kepada klien perawat tidak memvalidasi kembali nama klien sehingga kemungkinan untuk terjadinya salah panggil pasien. Sasaran yang kedua yaitu komunikasi secara efektif pada saat *handover* yang selama ini dilakukan belum menggunakan metode *situation, background, assessment dan recommendation* (SBAR) secara efektif. Sasaran yang ketiga yaitu untuk pengawasan obat, selama ini untuk pengawasan obat pasien yang mengambil sendiri obat dari farmasi dan menyerahkannya kepada perawat, di dalam setiap ruangan sudah memiliki ruangan khusus untuk menyimpan obat-obatan yang berbahaya (*high alert drug*) dan elektrolit pekat.

Pada program Pencegahan infeksi (PPI), pihak rumah sakit sudah memiliki tim PPI dan sudah memiliki 2 orang *infection prevention control nurse* (IPCN). Tim PPI bertugas untuk mengetahui dan mengontrol program pencegahan infeksi di RS, Pada pelaksanaan program cuci tangan ini, tim PPI sudah melakukan pembinaan dengan cara melakukan review teknik *hand hygiene* yang benar setiap bulannya review ini dilakukan secara berkala setiap bulannya sebagai bentuk pembinaan dan supervisi dari bidang

keperawatan. Supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan juga belum dilaksanakan secara optimal, karena dari ruangan yang di observasi belum semua melakukan supervisi untuk audit pelaksanaan keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil observasi selama ini kepala ruangan sudah mencoba untuk menciptakan budaya keselamatan pasien yang dapat diikuti oleh semua perawat. Menciptakan kerjasama dalam melakukan asuhan keperawatan, melakukan pelaporan apabila ada kejadian yang tidak diinginkan, Oleh karena itu seharusnya keselamatan pasien menjadi budaya yang harus dapat dikembangkan di rumah sakit, dan hal tersebut membutuhkan dukungan dari fungsi manajemen dan kepemimpinan kepala ruangan yang tinggi untuk dapat melakukan pengawasan dan pengendalian program keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat di Dr. Chasbullah Abdul Madjid. Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang deterniman fungsi manajemen dan kepemimpinan kepala ruangan dalam budaya penerapan keselamatan pasien di Dr. Chasbullah Abdul Madjid

Tinjauan Teori

Menurut Terry (2006) dalam Marquis dan Houston (2013) “manajemen adalah pencapaian tujuan yang telah ditetapkan terlebih dahulu dengan menggunakan kegiatan orang lain yang terdiri dari tindakan-tindakan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), penggerakan (*actuating*), dan pengendalian (*controlling*). Manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang secara simultan saling berhubungan dalam menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf perawat pelaksanaan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan yang berkualitas (Gilles dalam Marquis dan Houston,2013). Perencanaan adalah suatu proses sistematis yang berkelanjutan diawali dengan merumuskan tujuan dan rencana

tindakan yang akan dilaksanakan, (Swansburg, 2000). Pengorganisasian (organizing) merupakan suatu cara pengaturan pekerjaan dan pengalokasian pekerjaan diantara para anggota organisasi sehingga tujuan organisasi dapat dicapai secara efisien (Stoner, 1996). Fungsi pengarahan dilakukan agar kepala ruangan dapat menciptakan kerjasama tim yang efektif, mengembangkan kemampuan dan ketrampilan staf, menimbulkan rasa memiliki terhadap pekerjaan (Swansburg, 1993). Pengendalian merupakan suatu proses pemantauan prestasi dan pengambilan tindakan untuk menjamin hasil yang diharapkan, tampak seperti mengawasi staf. Kepala ruang melaksanakan evaluasi terhadap tindakan penerapan keselamatan pasien dan perawat dalam pemberian asuhan kepada pasien.

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu keadaan pasien bebas dari injury atau cedera selama menjalani pelayanan kesehatan Kohn et al 1999 dalam Watlson et al, 2008). Keinginan untuk menjaga keselamatan pasien sudah ada abad ke 4 masehi, sejak Hippocrates mengucapkan sumpah untuk selalu menjaga dan tidak menyakiti pasien (*avoid harm*). Depkes RI (2008) dan KKP RS (2008) membuat beberapa batasan tentang keselamatan pasien yaitu: keselamatan, bebas dari bahaya atau risiko. Bahaya merupakan suatu keadaan, perubahan atau tindakan yang dapat meningkatkan resiko pada pasien. Keselamatan pasien adalah suatu kondisi dimana pasien bebas dari cedera dan/atau potensial mengalami cedera, baik secara fisik, sosial, psikologis maupun timbulnya kecacatan dan kematian yang terjadi sebagai akibat dari pelayanan kesehatan. Menurut Permenkes 1961 tahun 2011 keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan untuk pasien menjadi lebih aman, yang meliputi assessmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien,

pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Berdasarkan *Joint Comission International patient safety* (2008) dan Permenkes 1961 tahun 2011, sasaran keselamatan pasien meliputi: (1) Ketepatan identifikasi pasien, (2) Peningkatan komunikasi yang efektif, (3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, (4) Melakukan program pencegahan terhadap infeksi yang diberlakukan kepada semua tenaga kesehatan dan melakukan supervisi terhadap keberlangsungan program, (5) Berdasarkan JCIA (2011), program pengurangan resiko infeksi dapat dilakuakn dengan cara: (a) Memberlakukan kebijakan untuk program cuci tangan (*hand hygiene*) sesuai dengan panduan (b) Mengimplementasikan program cuci tangan (*hand hygiene*) (c) Mengeluarkan kebijakan-kebijakan lain yang terkait dengan resiko terjadinya infeksi terkait pelayanan kesehatan, (6) Pengurangan resiko pasien jatuh

B. METODE PENELITIAN

Desain Penelitian ini deskriptif korelasi dengan rancangan *cross sectional*. Kuesioner diberikan kepada 155 orang perawat pelaksana diruang rawat inap Dr. Chasbullah Abdul Madjid. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner yang meliputi karakteristik perawat, fungsi manajemen, fungsi kepemimpinan dan budaya keselamatan pasien. Data dianalisis dengan univariat menggunakan tabel distribusi frekuensi, analisis bivariat menggunakan uji *chi-square*, dan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik.

C. HASIL PENELITIAN

Hasil Penelitian Univariat

Karakteristik perawat meliputi umur, jenis kelamin, masa kerja, tingkat perawat pelaksana di ruang rawat inap Dr. Chasbullah Abdul Madjid disajikan pada tabel 1

Tabel 1 Distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik responden di ruang rawat inap Dr. Chasbullah Abdul Madjid tahun 2013 (n=155).

No.	Variabel	Jumlah	Persentase (%)
1.	Umur		
	a. 20- 32 tahun	82	52,9
	b. 33- 55 tahun	73	47,1
2.	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	42	27
	b. Perempuan	113	73
3.	Masa Kerja		
	a. < 8 tahun	104	67
	b. ≥ 8 tahun	51	33
4.	Pendidikan terakhir		
	a. SPK	3	2
	b. D3	100	65
	c. Keperawatan, S1	52	34
	d. Keperawatan + Ners		
	Total	155	100

Berdasarkan tabel 1 didapat bahwa karakteristik responden berumur 20-35 tahun (52,9%), berjenis kelamin perempuan (73%), masa kerja <8 tahun (67%), pendidikan D3 keperawatan (65%).

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi fungsi manajemen keperawatan

No.	Variabel	Jumlah	Persentase (%)
1.	Manajemen		
	a. Baik	82	53
	b. Kurang	73	47
	a. Perencanaan		
	a. Baik	91	58,7
	b. Kurang	64	41,3
	b. Pengorganisasian	86	55,5
	a. Baik	69	44,5
	b. Kurang		
	c. Pengelolaan staf	79	51
	a. Baik	76	49

	b. Kurang		
	d. Pengarahan		
	a. Baik	78	50,3
	b. Kurang	77	49,7
	e. Pengendalian		
	a. Baik	65	41
	b. Kurang	90	59
		155	100

Berdasarkan tabel 2 didapat bahwa fungsi manajemen keperawatan baik sebesar 82 orang (53%), Fungsi perencanaan baik sebesar 91 orang (58,7%), Fungsi pengorganisasian baik sebesar 86 orang (55,5%), fungsi pengelolaan baik sebesar 79 orang (51%), fungsi pengarahan baik sebesar 78 (49,7%), fungsi pengendalian kurang baik sebesar 90 (59%). Berdasarkan hasil diatas didapatkan bahwa mayoritas responden menilai fungsi manajemen kepala ruangan baik.

Tabel 3 Distribusi Kepemimpinan

No.	Variabel	Jumlah	Persentase (%)
1.	Kepemimpinan		
	a. Baik	88	56,8
	b. Kurang	67	43,2
2.	Komunikasi		
	a. Baik	81	52,3
	b. Kurang	74	47,7
3.	Pengambilan Keputusan	65	42
	a. Baik	90	58
	b. Kurang		
4.	Tipe Kepemimpinan	69	44,5
	a. Baik	86	55,5
	b. Kurang		
		155	100

Berdasarkan tabel 3 didapat bahwa fungsi kepemimpinan baik sebesar 88 orang (56,8%). Fungsi komunikasi pimpinan baik sebesar 81 orang (52,3), pengambilan keputusan kurang baik sebesar 90 orang (58%), dan tipe kepemimpinan kurang baik sebesar 86 orang (55,5%). Berdasarkan hasil penelitian diatas didapatkan bahwa mayoritas responden menyatakan bahwa fungsi kepemimpinan baik, namun untuk pengambilan keputusan kurang baik cukup tinggi.

Tabel 4.4 Distribusi Keselamatan pasien

No.	Variabel	Jumlah	Persentase (%)
1.	Budaya Keselamatan Pasien	85	55
	a. Baik	70	45
	b. Kurang		
		155	100

Berdasarkan tabel 4, budaya keselamatan pasien baik sebesar 85 orang (55%), dan budaya keselamatan kurang sebesar 70 (45%).

Analisa Bivariat

Hubungan Karakteristik Perawat dengan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap Dr. Chasbullah Abdul Madjid

Karakteristik perawat meliputi umur, jenis kelamin, masa kerja dan status kepegawaian. analisis menggunakan uji *Chi square* karena variabel umur dan masa kerja sudah diubah menjadi data kategorik. Data disajikan dalam tabel 5 sebagai berikut

Proporsi perawat pelaksana dengan kategori umur 20-32 tahun memiliki budaya keselamatan pasien sebanyak 43 orang (53,2%). Perawat pelaksana dengan kategori umur 33-55 tahun memiliki budaya keselamatan pasien yang baik sebesar 42 orang (57,5%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dan budaya keselamatan pasien oleh perawat. ($p=0,635$, $\alpha=0,05$).

Proporsi perawat pelaksana dengan kategori jenis kelamin perempuan memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 64 orang (56,6%). Perawat pelaksana dengan jenis kelamin pria yang memiliki budaya keselamatan kurang sebesar 21 orang (56%) Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan budaya keselamatan pasien oleh perawat. ($p=0,578$, $\alpha=0,05$).

Proporsi perawat pelaksana dengan kategori pendidikan D3 keperawatan memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 57 orang (55,3%). Perawat pelaksana dengan kategori pendidikan

Ners memiliki budaya keselamatan pasien yang kurang sebesar 24 orang (46,2%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara masa kerja dan budaya keselamatan pasien oleh perawat. ($p=0,996$, $\alpha=0,05$).

Proporsi perawat pelaksana dengan fungsi manajemen baik yang memiliki budaya keselamatan pasien sebanyak 28 orang (38,4%). Perawat pelaksana dengan fungsi manajemen baik memiliki budaya keselamatan pasien yang kurang sebesar 45 orang (61,%). Proporsi perawat pelaksana dengan fungsi manajemen kurang yang memiliki budaya keselamatan baik sebesar 57 orang (69,5%). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara manajemen dan budaya keselamatan pasien oleh perawat. ($p=0,000$, $\alpha=0,05$). Kepala ruangan dengan fungsi manajemen baik berpeluang 3,664 kali lebih baik daripada kepala ruangan dengan fungsi manajemen kurang

Proporsi perawat pelaksana dengan fungsi perencanaan yang memiliki budaya keselamatan pasien sebanyak 21 orang (32,8%). Perawat pelaksana dengan fungsi perencanaan baik memiliki budaya keselamatan pasien yang kurang sebesar 43 orang (67,%). Proporsi perawat pelaksana dengan fungsi perencanaan kurang yang memiliki budaya keselamatan baik sebesar 64 orang (70,3%). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara fungsi perencanaan dan budaya keselamatan pasien oleh perawat. ($p=0,000$, $\alpha=0,05$). kepala ruangan dengan fungsi perencanaan baik berpeluang 4,858 kali lebih baik daripada kepala ruangan dengan fungsi manajemen kurang.

Proporsi perawat pelaksana dengan fungsi kepemimpinan baik yang memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 27 orang (40,3%). Perawat pelaksana dengan fungsi kepemimpinan baik memiliki budaya keselamatan pasien yang kurang sebesar 40 orang (59,7,%). Proporsi perawat pelaksana dengan fungsi manajemen kurang yang memiliki budaya

keselamatan baik sebesar 58 orang (65,9%). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara kepemimpinan dan budaya keselamatan pasien oleh perawat.

($p = 0,003 \alpha = 0,05$). Kepala ruangan dengan kepemimpinan baik berpeluang 2,864 kali lebih baik daripada kepala ruangan dengan kepemimpinan kurang

Tabel 5 Analisis hubungan karakteristik perawat dengan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap Dr. Chasbullah Abdul Madjid tahun 2018 (n=155)

Variabel	Budaya Keselamatan Pasien				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Baik					
	N	%	N	%	N	%		
1. Umur								
a. 20-32 tahun	39	47,6	43	52,4	82	100	1,229	0,635
b. 33-55 tahun	31	42,5	42	57,5	73	100	(0,651- 2,319)	
2. Jenis Kelamin								
a. Pria	21	50	21	50	42		1,306	0,578
b. Wanita	49	43,4	64	56,6	113	100	(0,642- 2,657)	
3. Masa kerja							1,833	0,120
a. < 8 tahun	52	50	52	50	104	100	(0,919-3,659)	
b. > 8 tahun	18	35,3	33	64,7	51			
4. Pendidikan							0,942	0,996
a. D3	46	44,7	57	55,3	103	100	(0,482- 1,839)	
Keperawatan	24	46,2	28	53,8	52	100		
b. Ners								

*bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 6 Analisis hubungan Fungsi Manajemen dengan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap Dr. Chasbullah Abdul Madjid tahun 2018 (n=155)

Variabel	Budaya Keselamatan Pasien				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Baik					
	N	%	N	%	N	%		
Manajemen								
a. Baik	45	61,6	28	38,4	73	100	3,664	0,000
b. Kurang	25	30,5	57	69,5	82	100	(1,882-7,133)	
1. Perencanaan	43	67,2	21	32,8	64	100	4,854	0,000
a. Baik							(2,437-9,666)	
b. Kurang	27	29,7	64	70,3	91	100		
2. Pengorganisasian								
a. Baik	41	59,4	28	40,6	69	100	2,878	0,002
b. Kurang	29	33,7	57	66,3	86	100	(1,493 -5,548)	
3. Pengelolaan staf								
a. Baik	41	53,9	35	46,1	76	100	2,020	0,046
b. Kurang	29	36,7	50	63,3	79	100	(1,062-3,840)	
4. Pengarahan								
a. Baik	46	59,7	31	40,3	77	100	3,339	0,001
b. Kurang	24	30,8	54	69,2	78	100	(1,722-6,475)	
5. Pengendalian							1,996	0,055
a. Baik	47	52,2	43	47,8	90	100	(1,036-3,844)	
b. Kurang	23	35,4	42	64,6	65	100		

*bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 7 Analisis hubungan Kepemimpinan dengan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap Dr. Chasbullah Abdul Madjid tahun 2018 (n=155)

Variabel	Budaya Keselamatan Pasien				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Baik					
	N	%	N	%	N	%		
Kepemimpinan								
a. Baik	40	59,7	27	40,3	67	100	2,864	0,003
b. Kurang	30	34,1	58	65,9	88	100	(1,484-5,529)	
Tipe kepemimpinan								
a. Baik							3,027	0,002
b. Kurang	49	57	37	43	86	100	(1,553-5,899)	
	21	30,4	48	69,6	69	100		
Komunikasi								
a. Baik								0,009
b. Kurang	42	56,8	32	43,2	74	100	2,484	
	28	34,6	53	65,4	81	100	(1,298-4,754)	
Pengambilan Keputusan								
a. Baik							3,573	0,000
b. Kurang	52	57,8	38	42,2	90	100	(1,800-7,093)	
	18	27,7	47	72,3	65	100		

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Analisis Multivariat

Pemilihan kandidat multivariat dilakukan melalui analisis bivariat antara variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen yang masuk ke dalam kandidat adalah variabel dengan nilai $p < 0,25$. Berikut merupakan variabel yang masuk dalam kandidat multivariat.

Tabel 8 Seleksi Kandidat Multivariat motivasi dan komitmen organisasi terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan

Juni, 2018 (n = 155)

Variabel	P
1. Manajemen	0,000
2. Kepemimpinan	0,003
3. Perencanaan	0,000
4. Pengorganisasian	0,002
5. Pengarahan	0,001
6. Tipe kepemimpinan	0,002
7. Komunikasi	0,009
8. Pengambilan keputusan	0,000

* Kandidat yang diikutkan analisis multivariat ($p < 0,25$)

Hasil analisis pada tabel 8 menunjukkan bahwa semua variabel

independen yaitu manajemen, kepemimpinan, perencanaan, pengorganisasian, pengarahannya, tipe kepemimpinan, komunikasi dan pengambilan keputusan ($p < 0,25$). Tahap selanjutnya dilakukan tahap pemodelan awal.

Tahap Pemodelan Multivariat Awal

Tahap pemodelan awal dilakukan untuk semua kandidat yang memenuhi kriteria. Tahap pemodelan awal dilakukan dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai nilai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang nilai $p > 0,05$. Pengeluaran variabel tidak serentak semua pada variabel yang nilai $p > 0,05$, namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai nilai p terbesar.

Berdasarkan tabel diatas, dilakukan 8 kali analisa regresi logistik. Tahap 1 semua variabel yang diikutsertakan dalam pemodelan. Pemodelan tahap ke 2, dalam variabel pengorganisasian dikeluarkan dari model karena $p\ value > 0,05$. Pemodelan tahap 3, tanpa variabel pengorganisasian. Pemodelan tahap 4, variabel Manajemen dikeluarkan dari pemodelan karena $p\ value > 0,05$. Pemodelan tahap 5 variabel pengelolaan staf dikeluarkan dari

pemodelan karena *p value* >0,05. Pemodelan tahap 6 variabel Komunikasi dikeluarkan dari pemodelan karena *p value* > 0,05. Pemodelan tahap 7 variabel pengendalian dikeluarkan dari pemodelan karena *p value* > 0,05. Pemodelan terakhir *bermakna pada $\alpha=0.05$

di tahap pemodelan 8, didapatkan variabel perencanaan, Pengarahan dan Pengambilan keputusan sebagai pemodelan akhir karena *p value* tidak ada yang > 0,05. Sehingga didapatkan pemodelan akhir sebagai berikut:

No	Variabel	B	Wald	Pvalue	OR	CI 95%	
						Lower	Upper
1.	Pendidikan	,169	,165	,684	1,185	,523	2,683
2.	Manajemen	,627	,698	,403	1,873	,430	8,163
3.	Kepemimpinan	-1,730	5,260	,022	,177	,040	,778
4.	Perencanaan	1,835	16,206	,000	6,267	2,564	15,315
5.	Pengorganisasian	,139	,082	,775	1,149	,443	2,982
6.	Pengelolaan staf	-,765	1,917	,166	,465	,158	1,374
7.	Pengarahan	1,544	6,788	,009	4,681	1,466	14,950
8.	Pengendalian	-1,132	3,188	,074	,322	,093	1,117
9.	Type Kepemimpinan	1,623	8,660	,003	5,069	1,720	14,941
10.	Komunikasi	,850	2,600	,107	2,340	,833	6,574
11.	Pengambilan keputusan	1,385	7,884	,005	3,996	1,519	10,509
	Constant	-6,688	1,648	,000	,001		

Perubahan Nilai Pvalue

No.	Variabel	P							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Manajemen	0,403	0,416	0,317	-	-	-	-	-
2	Kepemimpinan	0,022	0,022	0,022	0,029	0,031	0,123	-	-
3	Perencanaan	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
4	Pengorganisasian	0,775	0,781	-	-	-	-	-	-
6	Pengelolaan staf	0,166	0,181	0,163	0,289	-	-	-	-
7	Pengarahan	0,009	0,01	0,01	0,115	0,008	0,006	0,041	0,013
8	Pengendalian	0,074	0,07	0,073	0,003	0,097	0,144	-	-
9	Tipe Kepemimpinan	0,003	0,003	0,003	0,087	0,004	0,009	0,051	-
10	Komunikasi	0,107	0,099	0,097	0,005	0,103	-	-	-
11	Pengambilan Keputusan	0,005	0,005	0,005	0,005	0,006	0,008	0,39	0,012
	Constant	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Pemodelan akhir

No	Variabel	B	Wald	Pvalue	OR	CI 95%	
						Lower	Upper
1.	Perencanaan	1,556	17,155	,000	4,742	2,270	9,905
2.	Pengarahan	,950	6,224	,013	2,586	1,226	5,454
3.	Pengambilan keputusan	,990	6,358	,012	2,690	1,247	5,806
	Constant	-5,051	26,880	,000	,006		

Berdasarkan hasil pemodelan akhir didapatkan hasil pemodelan multivariat didapatkan perencanaan kepala ruangan berpeluang 4.742 kali lebih besar (pvalue 0,000 pada $\alpha = 0,05$, OR 4.742) dibandingkan dengan pengarah dari kepala ruangan (pvalue 2,586 pada $\alpha = 0,05$, OR 2,586) dan pengambilan keputusan (pvalue 0,000 pada $\alpha=0,05$, OR 2,690).

D. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengukuran budaya keselamatan pasien didapatkan perawat pelaksana dengan budaya baik sebesar 55%. Hasil diatas sejalan dengan penelitian Setiowati dkk (2011). Menurut Jianhoong (2004) budaya keselamatan di pelayanan kesehatan diartikan sebagai keyakinan, nilai dan perilaku yang dikaitkan dengan keselamatan pasien yang secara sadar dianut bersama oleh anggota organisasi termasuk perawat pelaksana yang secara langsung terlihat dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman bagi pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien secara keseluruhan. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil merupakan langkah pertama dalam menerapkan keselamatan pasien (Permenkes No. 1691 tahun 2011). Pengukuran budaya keselamatan pasien membantu pimpinan untuk mengetahui data-data yang diperlukan dalam menerapkan program keselamatan pasien sehingga pimpinan dapat merancang dan menerapkan desain keselamatan pasien yang sesuai dengan data yang ditemukan (*Safety culture tools*, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan persentasi perawat yang menilai kepala ruangan memiliki fungsi

manajemen yang baik sebanyak 53%. Berdasarkan hasil uji bivariat Fungsi manajemen dari kepala ruangan berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien (pvalue:0,000, $\alpha=0,05$). Menurut Gillies (1994) fungsi manajer dalam manajemen keperawatan meliputi: 1) Fungsi perencanaan yaitu mampu membangun tujuh langkah menuju keselamatan pasien; 2) Fungsi pengorganisasian adalah pembagian tugas, kewenangan, koordinasi dan tanggungjawab yang sesuai dan mendistribusikan setiap tugas kepada staf secara merata; 3) Fungsi Pengelolaan staf menggunakan komunikasi yang efektif kaena dengan komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan arah dan pengertian diantara staf; 4) Fungsi pengarah merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian rencana yang telah diorganisasikan; 5) Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi dan menetapkan prinsip-prinsip melalui penetapan standar keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan persentasi perawat yang menilai kepala ruangan yang memiliki kepemimpinan yang baik sebanyak 56,8%. Kepemimpinan efektif dari kepala ruangan berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien (pvalue:0,003 $\alpha=. 0,05$). Menurut Swanburg (2000) dalam Setiowati dkk (2011) kepala ruangan merupakan perawat yang memiliki tanggungjawab dan wewenang dalam mengatur dan mengebndalikan kegiatan perawatan di ruang rawat. Kepala ruangan sebagai manajer lini pertama memiliki peran yang kritis dalam mendukung budaya

keselamatan pasien dengan kepemimpinan dan menciptakan lingkungan dan budaya yang positif bagi keselamatan pasien. Zohar (2000) dalam Flemings (2012) menyatakan bahwa salahsatu komponen penegakan budaya keselamatan pasien adalah kepemimpinan. Hal ini sejalan dengan Parker et al (2006) menyatakan bahwa keselamatan pasien juga dipengaruhi oleh kepemimpinan dan budaya organisasi, karena perubahan kepemimpinan sangat dipengaruhi oleh sistem didalam suatu organisasi. Peningkatan budaya keselamatan pasien didukung oleh kepemimpinan dan sistem yang kuat. Hasil penelitian menunjukkan OR 2,864 artinya perawat yang mempunyai persepsi baik terhadap kepemimpinan kepala ruangan berpeluang 2,864 kali lebih patuh dalam menerapkan budaya keselamatan pasien dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap kepemimpinan kepala ruangan.

Menurut Riley (2009) dalam Anugrahini (2011) mengatakan bahwa perawat memiliki peran utama dalam kepemimpinan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mencapai kualitas pelayanan keperawatan yang baik di organisasi pelayanan kesehatan. Swansburg (1996) menjelaskan beberapa prinsip kepemimpinan yaitu: 1) Mengarahkan yaitu seorang pemimpin harus membuat aturan yang jelas, sehingga perawat dalam melakukan tindakan dapat dilakukan dengan penuh tanggungjawab; 2) mengawasi, meliputi memeriksa, menilai dan memperbaiki kinerja pegawai. 3) mengkoordinasikan, meliputi pertukaran informasi dan mengadakan pertemuan kelompok kerja. Hal ini sangat diperlukan untuk membentuk kerjasama tim (*team work*) agar lebih solid dan terkoordinasi dengan baik. ketiga prinsip

kepemimpinan tersebut diperlukan seorang pemimpin agar dapat membawa suatu perubahan ke arah yang lebih baik untuk menciptakan budaya keselamatan di rumah sakit.

Berdasarkan hasil pemodelan akhir didapatkan hasil pemodelan multivariat didapatkan perencanaan kepala ruangan berpeluang 4.742 kali lebih besar (pvalue 0,000 pada $\alpha = 0,05$, OR 4.742) dibandingkan dengan pengarahannya dari kepala ruangan (pvalue 2,586 pada $\alpha = 0,05$, OR 2,586) dan pengambilan keputusan (pvalue 0,000 pada $\alpha=0,05$, OR 2,690). Menurut Setiowati (2010), perencanaan pemimpin keperawatan dalam program keselamatan pasien adalah menyusun pernyataan awal tentang erakan keselamatan pasien. Isi pernyataan mengandung elemen, tentang adanya komitmen bahwa keselamatan pasien menjadi penting dan prioritas, komitmen tentang tanggungjawab pimpinan dalam keselamatan pasien, penggunaan pengetahuan dan ketrampilan yang mutakhir, dan pemberlakuan laporan yang jujur dan tidak saling menyalahkan (*non blameless report*). Perencanaan dalam budaya keselamatan pasien oleh seorang pemimpin keperawatan meliputi pengembangan visi untuk memberikan pedoman kegiatan dan strategi untuk mencapai visi tersebut (Callahan & Ruchlin, 2003) dalam Setiowati dkk (2010). Perencanaan kepala ruangan terkait dengan upaya keselamatan pasien yang sudah dilakukan oleh kepala ruangan di RS Dr. Chasbullah Abdul Madjid dengan cara meningkatkan kualitas pelayanan bagi pasien, menanamkan nilai-nilai keselamatan pasien kepada staf dengan cara mengingatkan staf untuk dapat menerapkan 6 sasaran keselamatan pasien secara tepat. Perencanaan adalah suatu proses sistematis yang

berkelanjutan diawali dengan merumuskan tujuan dan rencana tindakan yang akan dilaksanakan, (Swansburg, 2000). Perencanaan adalah proses menentukan pilihan diantara beberapa alternatif untuk memberikan pandangan mengenai hal yang akan dikerjakan dalam mencapai tujuan. Perencanaan meliputi visi, misi, filosofi, tujuan, rencana operasional, strategi, kebijakan, prosedur dan aturan. Perencanaan yang dijalankan oleh kepala ruang dalam keselamatan pasien maupun perawat adalah menetapkan standar dalam bekerja, tujuan, prosedur dan kebijakan.

Berdasarkan hasil penelitian, kepala ruangan perlu meningkatkan kemampuan dalam menentukan visi dan tujuan dalam keberhasilan program keselamatan pasien di ruang rawatnya masing-masing. Hal ini dapat dilakukan dengan membuat poster/baner tentang deklarasi/pencanangan program budaya keselamatan pasien yang dibuat dan disosialisasikan keapad seluruh staf dan pasien di ruang rawat masing-masing. Fungsi pengarahan kepala ruangan juga merupakan fungsi yang dapat meningkatkan budaya keselamatan pasien. Seorang pemimpin harus berani mengambil tindakan. Tindakan pemimpin harus berorientasi pada kemampuan sebelum bertindak, bekerja sama dengan orang lain dalam bertindak, bertindak secara profesional, mampu mengambil keputusan, mampu memberikan ide-ide, dan mampu menggunakan teknik-teknik kepemimpinan dalam bertindak (Tappen, 2004) dalam Setiowati dkk (2010). Merupakan implementasi dari perencanaan dan pengorganisasian, dimana seluruh komponen yang berada dalam satu sistem dan satu organisasi tersebut bekerja secara bersama-sama sesuai dengan bidang masing-masing untuk dapat mewujudkan tujuan. Fungsi

pengarahan meliputi memotivasi staf dan menciptakan suasana yang memotivasi, membina komunikasi organisasi, menganani konflik, memfasilitasi kerjasama dan negoisasi. Fungsi pengarahan dilakukan agar kepala ruangan dapat menciptakan kerjasama tim yang efektif, mengembangkan kemampuan dan ketrampilan staf, menimbulkan rasa memiliki terhadap pekerjaan (Swansburg, 1993).

Berdasarkan hasil penelitian, pengambilan keputusan berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Setiowati, dkk (2010) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengambilan keputusan dengan budaya keselamatan pasien. Pengambilan keputusan merupakan bagian dari fungsi pengendalian. Pengendalian dalam budaya keselamatan pasien adalah dengan memberika *feedback* kepada staf terkait pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien, kepala ruangan mampu melakukan audit pelaporan terhadap kejadian yang tidak diharapkan (KTD), dan pengambilan tindakan budaya tidak menyalahkan apabila terjadi kejadian yang tidak diharapkan. Pengendalian merupakan suatu proses pemantauan prestasi dan pengambilan tindakan untuk menjamin hasil yang diharapkan, tampak seperti mengawasi staf. Kepala ruangan melaksanakan evaluasi terhadap tinadakan penerapan keselamatan pasien dan perawat dalam pemberian asuhan kepada pasien.

E. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil univariat didapat bahwa karakteristik responden berumur 20-35 tahun (52,9%), berjenis kelamin perempuan (73%), masa kerja <8 tahun (67%), pendidikan D3

keperawatan (65%). Berdasarkan hasil univariat untuk variabel independen Fungsi manajemen keperawatan baik sebesar 82 orang (53%), Fungsi perencanaan baik sebesar 91 orang (58,7%), Fungsi pengorganisasian baik sebesar 86 orang (55,5%), fungsi pengelolaan baik sebesar 79 orang (51%), fungsi pengarahan baik sebesar 78 (49,7%), fungsi pengendalian kurang baik sebesar 90 (59%). Berdasarkan hasil di atas didapatkan bahwa mayoritas responden menilai fungsi manajemen kepala ruangan baik. Fungsi kepemimpinan baik sebesar 88 orang (56,8%). Fungsi komunikasi pimpinan baik sebesar 81 orang (52,3), pengambilan keputusan kurang baik sebesar 90 orang (58%), dan tipe kepemimpinan kurang baik sebesar 86 orang (55,5%). Berdasarkan hasil penelitian di atas didapatkan bahwa mayoritas responden menyatakan bahwa fungsi kepemimpinan baik, namun untuk pengambilan keputusan kurang baik cukup tinggi. Hasil univariat variabel dependen budaya keselamatan pasien baik sebesar 85 orang (55%), dan budaya keselamatan kurang sebesar 70 (45%). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara manajemen dan budaya keselamatan pasien oleh perawat. ($p=0,000$, $\alpha=0,05$). Kepala ruangan dengan fungsi manajemen baik berpeluang 3,664 kali lebih baik daripada kepala ruangan dengan fungsi manajemen kurang. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara fungsi perencanaan dan budaya keselamatan pasien oleh perawat. ($p=0,000$, $\alpha=0,05$). Kepala ruangan dengan fungsi perencanaan baik berpeluang 4,858 kali lebih baik daripada kepala ruangan dengan fungsi manajemen kurang. Berdasarkan hasil pemodelan akhir didapatkan hasil pemodelan multivariat didapatkan perencanaan kepala ruangan

berpeluang 4.742 kali lebih besar ($pvalue 0,000$ pada $\alpha = 0,05$, OR 4.742) dibandingkan dengan pengarahan dari kepala ruangan ($pvalue 2,586$ pada $\alpha = 0,05$, OR 2,586) dan pengambilan keputusan ($pvalue 0,000$ pada $\alpha=0,05$, OR 2,690).

Berdasarkan Bidang keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam fungsi manajemen kepala ruangan. Bidang keperawatan harus ikut terlibat dalam pengembangan program budaya keselamatan pasien dengan mengembangkannya kebijakan keperawatan dalam bentuk struktur organisasi keperawatan dalam program keselamatan pasien, memberikan pelatihan kepemimpinan dan budaya keselamatan pasien, dan supervisi/ronde budaya keselamatan pasien. Kepala ruangan dapat lebih meningkatkan fungsi perencanaan, pengarahan dan pengambilan keputusan dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien. Perlunya sosialisasi budaya keselamatan pasien oleh kepala ruangan kepada perawat pelaksana melalui diskusi kasus keperawatan, ronde keperawatan dan sosialisasi perencanaan harian, mingguan dan bulanan dari kepala ruangan kepada perawat pelaksana. Perawat pelaksana harus menggunakan standar operasional prosedur (SOP) dalam setiap tindakan keperawatan kepada pasien. Peningkatan budaya pasien dapat dilakukan dengan cara briefing-briefing kasus keperawatan dengan kepala ruangan, keikutsertaan dalam pelatihan budaya keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Anugrahini, C, Sahar, J., Mustikasari., dkk., (2011), Hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam

- menerapkan Pedoman Patient safety Di RSAB Harapan Kita, Tesis, Tidak dipublikasikan, Jakarta.
- Callahan, M.A & Ruchlin H (2003) The role of nurse leadership in establishing a safety culture. Proquest Health Management, 2018
- Delaune, S.C. (2002). *Fundamental of nursing: standart & practice*. (2nd edition). Australia: Delmar Thomson Learning.
- Departemen Kesehatan RI, (2005) Instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, cetakan ke lima, direktorat jenderal pelayanan medis, direktorat pelayanan keperawatan, Jakarta
- Flemming M & Wentrell N., (2008), *Patient Safety Culture Improvement Tools: Development and Guidelines for use; Healthcare Quarterly* Vol.11 Special issue 2008
- Hall. L (2008), *Quality and Nursing: Moving from a concept to a core competency*, CNE Series
- Hastono, Priyo,S. (2007). *Analisis data kesehatan*. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
- Intitute of Medicine., (2000) To err is human; Building a safer health system., KohnL.T corrigan.,J.M donaldson, M.S (ed) washington DC; National Academy Press
- Joint comission acreditation of Health Organization (2010)., National patients safety goals
- KKP-RS (2008). Pedoman Pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) ., Jakarta; KKP RS
- Marquis,B.L & Huston,C.J (2006) leadership roles and managements functions in Nursing; theory and aplication third edition., Philadeplhia,Lippincot
- Sastroasmoro,S & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi penelitian klinis*, (Edisi Ke 3). Jakarta: Sagung Seto
- Setiowati,D, Allenidekania & Sabri L (2010) hubungan kepemimpinan efektif dengan penerapan budaya keselamatn pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN dr. Cipto Mangun Kusumo, Jakarta, Tesis, tidak dipublikasikan
- Swansburg, R.C & Swansburg, R.J (2000). *Introductory management and leadership for nurses: an interactive text*. Toronto: jones and Barlett publisher Canada
- Sabri ,L & Hastono, S.P (2006). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* edisi ketiga, Jakarta;Sagung Seto
- Tappen (2004). *Essential of nursing leadership and managment: Third edition*. Philadelphia; F.A. Davis Company
- Walshe,K & Boaden,R (2006). *Patient safety; research into practice*., New york; Open University press
- Yahya, A. (2006) Konsep dan Program patient safety. Disampaikan pada konvensi nasional mutu sakit ke VI, Bandung