
PENENTUAN INSTRUMEN PERSEPSI IKLIM KESELAMATAN BERDASARKAN KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT

Arnes Faradilla¹, Rini Dharmastiti²

^{1,2}Jurusan Teknik Mesin dan Industri, Fakultas Teknik Universitas Gadjah Mada
Jl. Grafika No. 2 Yogyakarta 55281
*Email: arnes_faradilla@yahoo.com

Abstrak

Penilaian safety climate biasanya dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh karyawan untuk menilai komitmen manajemen dari organisasi dalam penerapan safety. Pengukuran safety climate pada healthcare dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Beberapa kuesioner yang telah dikembangkan dan sering digunakan oleh beberapa peneliti adalah Hospital Survey Of Patient Safety Climate (HSOPSC) dan Safety Climate Questionnaire (SAQ). Di Indonesia, telah dikembangkan kuesioner dalam mengukur safety climate pada rumah sakit yaitu kuesioner iklim keselamatan rumah sakit (KIKRS). Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan instrumen penilaian safety climate pada healthcare di Indonesia. Tujuan dari penelitian ini adalah ingin melihat hubungan antara safety climate dengan kepuasan pasien rawat inap serta membandingkan antara ketiga kuesioner untuk 2 RSUD di sebuah propinsi di Indonesia. Kepuasan pasien merupakan salah satu faktor rumah sakit dalam meningkatkan pelayanannya, merupakan ukuran yang penting tentang kinerja rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan dan harapan pasien serta dapat menjadi prediksi tentang minat pasien untuk kembali. Kuesioner KIKRS, SAQ, HSOPSC dan kepuasan pasien disebarkan pada 2 RSUD di sebuah propinsi dengan jumlah responden 60 gabungan perawat dan dokter, dan 60 pasien rawat inap. Penelitian ini menggunakan analisis statistik regresi linear untuk mengetahui hubungan antara iklim keselamatan dengan kepuasan pasien rawat inap. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa semua kuesioner dari kedua RSUD telah memenuhi uji Kolmogorov-Smirnov, semua data yang diperoleh juga tidak terjadi, semua data juga menunjukkan tidak ada autokorelasi atau tidak terdapat autokorelasi positif maupun negatif. Hasil regresi linear menunjukkan bahwa kuesioner HSOPSC memiliki konsistensi yang paling baik dan memiliki nilai Y (kepuasan pasien) tertinggi.

Kata kunci : HSOPSC, Iklim Keselamatan, Kepuasan Pasien, KIKRS, SAQ

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan suatu tempat pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan medik dan spesialisik, pelayanan penunjang medik, pelayanan instalasi medik dan pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap (Hermanto, 2010). Fungsi dasar suatu rumah sakit adalah pemulihan kesehatan anggota masyarakat melalui pelayanan rawat inap maupun rawat jalan, serta konsultasi pemeliharaan atau perawatan kesehatan anggota masyarakat. Rumah sakit merupakan usaha pelayanan jasa kesehatan yang salah satunya berdasar pada azas kepercayaan sehingga masalah kualitas pelayanan, kepuasan pasien dan loyalitas pasien menjadi faktor yang sangat menentukan keberhasilannya.

Kepuasan pasien merupakan salah satu faktor rumah sakit dalam meningkatkan pelayanannya, dan juga merupakan ukuran yang penting tentang kinerja rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan dan harapan pasien serta dapat menjadi prediksi tentang minat pasien untuk kembali (Mardeen dkk., 1996). Beberapa peneliti memberikan definisi mengenai kepuasan pelanggan. Menurut Kotler (2007), kepuasan pelanggan adalah merupakan tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya.

Menurut Rasheed (2012) ukuran pelayanan kesehatan bermutu mengacu pada penerapan standar serta kode etik profesi yang baik saja, yang pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai hubungan dokter dan pasien, kenyamanan pelayanan (*amenities*), kebebasan memilih (*choise*), pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*), efektivitas pelayanan (*effectiveness*) dan keamanan tindakan (*safety*). Sedangkan menurut Azwar (2007) kebutuhan pasien yang sering diharapkan adalah keamanan pelayanan, harga dalam memperoleh pelayanan, ketepatan dan kecepatan pelayanan kesehatan.

Keselamatan pasien sangat bergantung dari tindakan yang dilakukan oleh tim medis yaitu perawat dan dokter. Selain itu juga manajemen dan staf rumah sakit ikut berperan dalam meningkatkan keselamatan pasien. *Safety culture* dapat didefinisikan sebagai nilai yang digunakan bersama oleh anggota dari organisasi tentang seberapa penting, bagaimana mereka mempercayai sesuatu, bagaimana mereka mengoperasikan sesuatu didalam organisasi dan bagaimana interaksi antar masing-masing anggota organisasi dan sistem yang semua itu dapat membentuk norma tingkah laku yang *safety* di lingkungan organisasi (Singer dkk., 2009). Sedangkan menurut ACSNI (1993) *safety culture* adalah nilai dari individu atau kelompok, pola tingkah laku, persepsi dan kompetensi yang menentukan komitmen pada dan keahlian dari sebuah organisasi sistem manajemen *healthcare*. Menurut Flin (2000) *safety climate* dapat dianggap sebagai fitur permukaan dari *safety culture*, lebih mudah diukur dari pada *safety culture*. Hal ini disebabkan oleh *culture* hanya dapat diukur secara kualitatif sedangkan *climate* diukur secara kuantitatif yaitu dengan menggunakan kuesioner. Tujuan dari penilaian *safety climate* adalah untuk mengidentifikasi dan mengelola isu-isu keselamatan yang relevan dengan rutinitas atau kondisi kerja serta untuk memantau perubahan dari hasil penilaian (Flin, 2007, Nieva dan Sorra, 2003, 2004). Penilaian *safety climate* biasanya dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh karyawan untuk menilai komitmen manajemen dari organisasi dalam penerapan *safety* (DeJoy dkk., 2004, Moore dkk., 2005).

Pengukuran *safety climate* dilakukan dengan menggunakan kuesioner khusus tentang *safety climate*. Kuesioner ini mencakup beberapa dimensi yang terkait dengan *safety climate* khususnya pada *healthcare*. Beberapa kuesioner yang telah dikembangkan dan sering digunakan oleh beberapa peneliti. Menurut Hutchinson dkk. (2006) kuesioner yang sering digunakan untuk menilai *safety climate* adalah *Hospital Survey Of Patient Safety Climate (HSOPSC)* dan *Safety Climate Questionnaire (SAQ)*. Kuesioner tersebut juga telah dikembangkan diberbagai negara sesuai dengan kebutuhan penilaian *safety climate* di negara tersebut.

Kuesioner HSOPSC dan SAQ telah banyak digunakan oleh peneliti di berbagai dunia dengan hasil yang baik. Di Indonesia, telah dikembangkan kuesioner dalam mengukur *safety climate* pada rumah sakit yaitu kuesioner iklim keselamatan rumah sakit (KIKRS) oleh Hasibuan (2014). Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan instrumen penilaian *safety climate* pada *healthcare* di Indonesia. Penelitian ini ingin melihat hubungan antara *safety climate* dengan kepuasan pasien rawat inap.

2. METODE PENELITIAN

2.1 Validasi Kuesioner Berdasarkan *Expert Agreement*

Menurut Okuyama., dkk(2003), metode penerjemah kuesioner *safety climate* ke dalam bahasa Indonesia adalah dengan metode dua arah. Hal ini bertujuan untuk mengurangi adanya kesalahan pemahaman makna dari alat ukur tersebut yang memiliki bahasa utama adalah bahasa Inggris. Dalam proses menerjemah, yang pertama kali dilakukan adalah menerjemahkan kuesioner asli yang menggunakan bahasa Inggris menjadi bahasa Indonesia. Kemudian hasil terjemahan tersebut diterjemahkan kembali ke dalam bahasa Inggris oleh penerjemah yang bahasa ibunya adalah bahasa Inggris. Kedua penerjemah tersebut adalah orang yang belum pernah melihat bentuk asli kuesioner.

Hasil kedua terjemahan tersebut kemudian dibandingkan dengan bentuk aslinya. Jika hasil terjemahan kedua tidak sama dengan bentuk aslinya, maka proses penerjemahan akan diulang dari proses awal sampai diperoleh kesamaan dengan bentuk asli kuesioner. Hasil kuesioner yang telah dibandingkan kemudian diberikan kepada dokter dan perawat yang bukan sebagai responden untuk memastikan kesesuaian makna, kemudahan pengisian dan kejelasan instruksi.

2.2 Responden

Responden dari penelitian ini adalah perawat, dokter rawat inap di 2 RSUD di sebuah propinsi dengan total 60 orang, sedangkan pasien rawat inap dengan total 60 orang. Perawat dan dokter diberikan kuesioner iklim keselamatan KIKRS, SAQ dan HSOPSC, sedangkan pasien diberikan kuesioner kepuasan pasien.

2.3 Analisis Statistik

Analisis statistik digunakan untuk mendeskripsikan hasil dari perhitungan kuesioner yang telah diperoleh. Perhitungan statistik yang dilakukan adalah uji normalitas, heterokedestisitas, autokorelasi dan regresi linear. Setiap kuesioner akan dilakukan pengujian statistik yang sama kemudian dilakukan analisis akhir berdasarkan nilai regresi linear tertinggi. Perhitungan statistik dilakukan menggunakan SPSS (*version 17.0 for Windows*).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal. Dari hasil perhitungan uji normalitas dari kedua RSUD diperoleh bahwa kuesioner KIKRS, SAQ dan HSOPSC pada uji signifikan *Kolmogorov-Smirnov* adalah semua data berdistribusi normal karena angka signifikansi $> 0,05$, sehingga untuk selanjutnya analisis statistik dapat dilakukan dengan uji parametrik.

Berdasarkan hasil perhitungan kuesioner KIKRS di RSUD A diperoleh nilai signifikan sebesar 0,824 dan t hitung sebesar -0,226, sedangkan RSUD B diperoleh nilai signifikan sebesar 0,362 dan t hitung sebesar -0,936. Nilai t tabel dari perhitungan tersebut adalah 2,101, sedangkan pada kuesioner SAQ di RSUD A diperoleh nilai signifikan sebesar 0,754 dan t hitung sebesar -0,318, sedangkan RSUD B diperoleh nilai signifikan sebesar 0,692 dan t hitung sebesar -0,403. Nilai t tabel dari perhitungan tersebut adalah 2,086. Pada kuesioner HSOPSC di RSUD A diperoleh bahwa nilai t hitung sebesar 0,979 sedangkan t tabel sebesar 2,08596 dan nilai signifikan yang diperoleh sebesar 0,340, sedangkan di RSUD B diperoleh nilai signifikan sebesar 0,630 dan t hitung sebesar -0,490. Nilai t tabel dari perhitungan tersebut adalah 2,101. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa data kuesioner KIKRS, SAQ dan HSOPSC pada 2 RSUD tidak terjadi heteroskedastisitas karena t hitung $<$ t tabel dan nilai signifikan $>$ 0,05.

Hasil perhitungan pada kuesioner KIKRS di RSUD A menunjukkan bahwa nilai Durbin-Watson (DW) sebesar 1,408 sedangkan nilai DW pada RSUD B sebesar 1,412. Tabel DW dengan signifikansi 5% yaitu dL sebesar 1,201 dan dU sebesar 1,411. Range yang diperoleh adalah $1,201 < 1,408 < 1,411$ dan $1,202 < 1,412 < 1,411$. Pada kuesioner SAQ di RSUD A menunjukkan bahwa nilai Durbin-Watson (DW) sebesar 1,467 sedangkan pada RSUD B sebesar 1,454. Tabel DW dengan signifikansi 5% yaitu dL sebesar 1,201 dan dU sebesar 1,411. Range yang diperoleh adalah $1,201 < 1,467 < 1,411$ dan $1,201 < 1,454 < 1,411$. Pada kuesioner HSOPSC di RSUD A menunjukkan bahwa nilai Durbin-Watson (DW) sebesar 1,693 sedangkan pada RSUD B sebesar 1,514 dengan nilai tabel DW untuk signifikansi 5% yaitu dL sebesar 1,201 dan dU sebesar 1,41073. Range yang diperoleh adalah $1,201 < 1,693 < 1,411$ dan $1,201 < 1,514 < 1,411$. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa kuesioner KIKRS, SAQ dan HSOPSC pada 2 RSUD tidak ada autokorelasi atau tidak terdapat autokorelasi positif maupun negatif pada data yang diuji.

Regresi linear menunjukkan hubungan antara kepuasan pasien (Y) dan kuesioner (X). Hasil dari kuesioner KIKRS di RSUD A KIKRS (X) yaitu $Y = 116,137 + 0,147X$, sedangkan di RSUD B yaitu $Y = 151,237 - 0,152X$. Pada kuesioner SAQ di RSUD A yaitu $Y = 159,402 - 0,355X$, sedangkan di RSUD B yaitu $Y = 133,353 + 0,063X$. Pada kuesioner HSOPSC di RSUD A yaitu $Y = 161,032 + 1,511X$, sedangkan di RSUD B yaitu $Y = 110,022 - 0,431X$.

Perbandingan antara kuesioner, KIKRS, SAQ dan HSOPSC yang diberikan kepada 2 RSUD di sebuah propinsi di Indonesia ditunjukkan dalam Gambar 1. Gambar 1 menunjukkan konsistensi dari kuesioner KIKRS, SAQ dan HSOPSC di 2 RSUD. Ketiga jenis kuesioner tersebut menunjukkan hasil yang berbeda. Kuesioner KIKRS yang dikembangkan dengan berdasarkan teori Hofstede untuk kondisi Indonesia, ternyata mempunyai hasil yang hampir sama dengan kuesioner SAQ. Kuesioner HSOPSC mempunyai kecenderungan yang berbeda. Kuesioner HSOPSC memiliki nilai Y terbesar diantara kuesioner lainnya. Selain itu, kuesioner HSOPSC memiliki konsistensi yang baik dengan memiliki arah garis mengarah ke kanan atas yaitu semakin besar nilai X (kuesioner iklim keselamatan) maka semakin besar pula nilai Y (kepuasan pasien) karena iklim keselamatan merupakan salah satu penentu tingginya kepuasan pasien di rumah sakit. Dengan kata lain, jika hanya faktor kepuasan pasien saja yang dipakai sebagai ukuran kinerja dari iklim keselamatan kerja dari RSUD, maka kuesioner HSOPSC merupakan kuesioner yang mempunyai

konsistensi yang baik, sedangkan pada kenyataannya faktor kepuasan pasien bukan merupakan satu-satunya ukuran kinerja iklim keselamatan. Supaya hasil penelitian ini dapat digunakan lebih luas lagi, penelitian ini dapat dikembangkan dengan menambah obyek penelitian dengan RSUD di berbagai propinsi di Indonesia, yang mungkin mempunyai karakteristik yang berbeda dengan RSUD yang digunakan dalam penelitian ini. Hal ini perlu dilakukan untuk melihat konsistensi hubungan antara iklim keselamatan dengan kepuasan pasien.

4. KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah hasil dari kuesioner SAQ hampir sama dengan kuesioner KIKRS. Kuesioner HSOPC menunjukkan hasil yang berbeda dengan kedua kuesioner lainnya. Kuesioner HSOPC memiliki konsistensi yang baik dan memiliki nilai Y (kepuasan pasien) terbesar diantara kuesioner lainnya. Hal ini ditunjukkan dengan semakin besar nilai X (iklim keselamatan) semakin besar pula nilai Y (kepuasan pasien).

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A., 2007. Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta.
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., and Bryden, R., 2000, Measuring Safety Climate: Identifying the Common Features, *Safety Science*, **34**, 177–192.
- Hasibuan, C., 2014, *Pengembangan Instrumen Persepsi Tim Medis Di Unit Gawat Darurat*, Fakultas Teknik Mesin Dan Industri, Universitas Gadjah Mada.
- Hermanto, D., 2010. Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Kebidanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kebidanan Di RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur, Universitas Diponegoro.
- Kotler, P., 2007. Dasar-dasar Pemasaran, Jilid Sembilan. Edisi Bahasa Indonesia. PT. Indeks. Jakarta.
- Mardeen A., Brenda S., and Rajshekhar G., 1996. Happy Employees Lead To Loyal Patients ,Survey of nurse and patients shows a strong link between employee satisfaction and patient loyalty, *Journal of Health Care Marketing*, 16-23.
- Moore, D., Gamage, B., Bryce, E., Copes, R., and Yassi, A., 2005, Protecting Health Care Workers From SARS and Other Respiratory Pathogens. Organizational and Individual Factors that Affect Adherence To Infection Control Guidelines, *American Journal of Infection Control*, **33**, (2), 88–96.
- Nieva, V.F., Sorra, J., 2003, Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations, *Quality & Safety in Health Care*, **12**, 1117–1123.
- Nieva, V.F., Sorra, J., 2004. Hospital Survey on Patient Safety Culture, *AHRQ Publication*, 04-0041.
- Okuyama, T., Akechi, T., and Kugaya, A., 2003, Development and Validation of the Cancer Fatigue Scale: a brief, three-dimensional, self rating scale for assessment of fatigue in cancer patients, *Journal Pain Symptom Manage*, Vol. 19.
- Rasheed, N., Arya S., Acharya A., Khandekar J., 2012. Client Satisfaction and Perceptions About Quality of Health Care at a Primary Health Centre of Delhi, India, *Indian Journal of Community Health*, **24**, 3.
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., and Rosen, A., 2012, Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO), *Measurement Instrument Database for the Social Science*.