

PERAN KEPEMIMPINAN TERHADAP IKLIM KESELAMATAN PASIEN MELALUI KERJASAMA TIM DAN KINERJA MANAJEMEN

Aloisius Kristyawan Novianto^{1✉}, Ni Nyoman Sunariani²

^{1,2} Universitas Pendidikan Nasional

ABSTRAK

Latar belakang: keselamatan pasien menjadi fokus utama perbaikan di rumah sakit di seluruh dunia. WHO dan kementerian kesehatan Indonesia memfokuskan usaha tercapainya iklim keselamatan pasien yang baik. Iklim keselamatan pasien dipengaruhi oleh berbagai hal. **Tujuan:** Penelitian ini meneliti tentang pengaruh faktor kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien melalui variabel mediator kerjasama tim dan kinerja manajemen. **Metode:** Penelitian dilakukan di RS Siloam Bali yang telah lulus standar akreditasi baik nasional maupun internasional. Populasi yang diambil adalah seluruh staf rumah sakit, dengan sampel sebanyak 108 responden. Pengumpulan data menggunakan metode kuesioner. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara stratified sampling dan purposive sampling. Teknik analisis yang dipergunakan untuk melakukan analisis data adalah dengan metode SEM (Structural Equation Mode). **Hasil:** Pengujian model menggunakan koefisien regresi dengan program AMOS menunjukkan bahwa kepemimpinan berpengaruh positif secara signifikan terhadap kerjasama tim dan kinerja manajemen, kinerja manajemen berpengaruh positif secara signifikan terhadap iklim keselamatan pasien. Kepemimpinan dan kerjasama tim tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap iklim keselamatan pasien. Mediasi kerjasama tim pada pengaruh kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien tidak signifikan. Mediasi kinerja manajemen pada pengaruh kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien adalah signifikan dan merupakan mediasi penuh. Hasil Squared Multiple Correlations menunjukkan bahwa bahwa perubahan Iklim Keselamatan Pasien dipengaruhi oleh Kepemimpinan, Kerjasama Tim dan Kinerja Manajemen sebesar 80,1%. **Simpulan:** Rumah sakit perlu membuat kebijakan dan mengarahkan sumberdaya untuk mendukung kinerja manajemen agar meningkatkan iklim keselamatan pasien. Penelitian berikutnya diharapkan untuk menyertakan faktor intrapersonal untuk analisa lebih mendalam.

Kata Kunci: Iklim Keselamatan Pasien, Kepemimpinan, Kerjasama Tim, Kinerja Manajemen, Rumah Sakit

ABSTRACT

Background: Patient safety is the main focus of improvement in hospitals throughout the world. WHO and Indonesian health minister have focus of effort to increase patient safety climate. The climate of patient safety is influenced by various things. **Purpose:** This research examines the impact of leadership factors on patient safety climate through mediator variables of teamwork and management performance. **Method:** The study was conducted at Siloam Hospital in Bali, which passed national and international accreditation standards. The population taken was all hospital staff, with sample of 108 respondents. Data collection using the questionnaire method. Sampling is done by using stratified sampling and purposive sampling method. The analysis technique used to conduct data analysis is the SEM (Structural Equation Mode) method. **Result:** Model testing by regression coefficients with the AMOS software shows that leadership has a significant positive effect on teamwork and management performance, management performance has a significant positive effect on the patient safety climate. Leadership and teamwork has no significant effect on patient safety climate. Mediation of teamwork on the leadership impact on the patient safety climate is not significant. Mediation of management performance on the leadership impact on the patient safety climate is significant and perfect mediation is occurred. The results of Squared Multiple Correlations show that changes in the climate of patient safety are affected by leadership, team cooperation and management performance by 80.1%. **Conclusion:** Hospitals need to make policy and directing resources to support management performance in order to improve pasien safety climate. Next research should include intrapersonal factors for better understanding.

Keywords: Hospital, Leadership, Performance Management, Patient Safety Climate, Teamwork

✉ *Korespondensi:*

Aloisius Kristyawan Novianto
Email: dr.kris88@gmail.com

Riwayat Artikel:
Diterima 31 Agustus 2020
Disetujui 20 September 2021
Dipublikasikan 28 November 2021

PENDAHULUAN

Laporan Kohn, Corrigan dan Donaldson berjudul “To Err is Human, Building a Safer Health System” menunjukkan bahwa terdapat kejadian tidak diharapkan selama perawatan di rumah sakit sebesar 2,9% sampai 3,7%.^[1] Angka perkiraan pasien meninggal dikarenakan insiden keselamatan pasien sebesar 44.000 – 98.000 orang lebih tinggi dari kematian yang diakibatkan oleh kecelakaan kendaraan (43.458 orang), kanker payudara (42.297 orang), atau AIDS (16.516 orang). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) menyebutkan bahwa WHO menemukan angka kejadian tidak diinginkan di berbagai negara adalah sekitar 3,2 – 16,6%.^[2] Hal tersebut mendorong WHO untuk meningkatkan penelitian dan mengembangkan sistem keselamatan pasien. Kementerian kesehatan Republik Indonesia mendukung WHO dan telah membuat kebijakan khusus terkait keselamatan pasien di rumah sakit dalam bentuk Permenkes 1691/Menkes/Per/VIII/2011. Setelah dikeluarkannya kebijakan tersebut kemudian dibentuk komite keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS) melalui SK menteri Republik Indonesia nomor 251 tahun 2012. KKPRS bertugas menyusun panduan keselamatan pasien yang digunakan sebagai acuan nasional. Komite tersebut sekarang menjadi Komite Nasional Keselamatan Pasien yang dibentuk berdasarkan PMK no 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.^[3]

Pencatatan insiden terkait keselamatan pasien dan dampaknya belum terlalu baik di Indonesia. Namun isu keselamatan pasien ini lebih mudah tampil di berbagai media massa dan media sosial. Beberapa contoh kasus yang pernah membuat ramai misalnya terkait kasus vaksin palsu, penolakan pasien karena jaminan kesehatan, ransomware, dan sebagainya. Berbagai

isu tersebut hanya bagian kecil dari “gunung es” fenomena keselamatan pasien di Indonesia. Pemberitaan terkait keselamatan pasien dapat menurunkan tingkat kepercayaan masyarakat dan menimbulkan gap hubungan pasien dan rumah sakit. Penting bagi rumah sakit untuk selalu menjaga iklim keselamatan pasien dan mengembangkan sistem perbaikan untuk keselamatan pasien.

Rumah sakit sebagai organisasi yang kompleks pada umumnya memiliki visi yang serupa terkait dengan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Iklim keselamatan pasien merupakan salah satu visi rumah sakit yang penting dan harus selalu ditingkatkan. Pemimpin rumah sakit harus mampu meningkatkan iklim keselamatan pasien sebagai sebuah visi bersama. Menurut Kristensen, tahun 2016 penguatan pada kepemimpinan mampu meningkatkan budaya keselamatan pasien.^[4] Budaya keselamatan adalah sebuah fenomena yang kompleks dan sulit dimengerti. Colla et al pada tahun 2005 menyebutkan bahwa iklim keselamatan pasien merujuk pada komponen-komponen terukur dari budaya keselamatan seperti manajemen perilaku, sistem keselamatan dan persepsi karyawan terhadap keselamatan.^[5] McIntyre dan Foti dalam risetnya di tahun 2015 menunjukkan bahwa kelompok dengan model kepemimpinan terkoordinasi memiliki tingkat kerja sama tim yang lebih tinggi daripada kelompok yang tanpa pemimpin.^[6] Poghosyan dan Liu di tahun 2016 juga menyebutkan peningkatan hubungan antara otonomi dan kepemimpinan akan meningkatkan kerjasama.^[7] Kepemimpinan juga diketahui berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja karyawan.^[8] Zhang, Cao dan Tjosvold pada tahun 2011 menyebutkan bahwa kepemimpinan transformasional mendorong koordinasi tim dan menyebabkan peningkatan kinerja tim.^[9] Goh, Chan dan kuziemyky tahun 2013 menjelaskan bahwa peningkatan pada kerjasama tim dan

kolaborasi dapat meningkatkan iklim keselamatan pasien.^[10] Peningkatan iklim kerjasama dapat menurunkan kecederaan pasien dan tingkat kematian yang disesuaikan dengan keparahannya.^[11] Selain itu, Parand et al menyebutkan bahwa kerja dan waktu dari manajer mampu berpengaruh pada kualitas dan keselamatan hasil klinis.^[12] Lee dalam risetnya di tahun 2015 menjelaskan dukungan dari manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien sangat berhubungan dengan kepuasan kerja, disarankan bahwa manager rumah sakit harus membuat lingkungan kerja yang mendukung sebuah dialog terbuka terkait keselamatan.^[13]

Sistem akreditasi baik nasional (KARS) maupun internasional (JCI) telah mengimplementasikan keselamatan pasien menjadi salah satu dasar yang wajib dipenuhi. Kedua lembaga akreditasi baik KARS maupun JCI memiliki standard masing-masing namun dengan tujuan yang sama yakni perbaikan pada keselamatan pasien di rumah sakit. Peneliti memilih rumah sakit Siloam Bali sebagai tempat penelitian karena diketahui bahwa rumah sakit tersebut telah lulus akreditasi baik KARS maupun JCI. Rumah sakit yang sudah mendapatkan akreditasi diharapkan sudah memenuhi segala kriteria akreditasi yang sebagian besar bertujuan pada aspek keselamatan pasien. Rumah Sakit Siloam merupakan rumah sakit yang sudah terakreditasi baik nasional (KARS) maupun JCI (Internasional).

Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tentang iklim keselamatan pasien yang dipengaruhi oleh kepemimpinan, kerjasama tim dan kinerja manajemen. Secara khusus tujuan dari penelitian adalah 1) mengetahui pengaruh kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien, 2) mengetahui pengaruh kepemimpinan terhadap kerjasama tim, 3) mengetahui pengaruh kepemimpinan terhadap kinerja manajemen, 4) mengetahui pengaruh

kerjasama tim terhadap iklim keselamatan pasien, 5) mengetahui pengaruh kinerja manajemen terhadap iklim keselamatan pasien, 6) mengetahui pengaruh kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien melalui kerjasama tim, 7) mengetahui pengaruh kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien melalui kinerja manajemen.

METODE

Penelitian dilakukan di rumah sakit Siloam Bali, Kuta, Badung, Bali. Populasi yang diteliti adalah seluruh pegawai yang bekerja di rumah sakit Siloam Bali. Terdapat 583 pegawai yang terdiri dari 305 karyawan medis dan 278 karyawan non medis dan manajemen. Sampel diambil sebanyak 108 responden, dengan pertimbangan analisis SEM membutuhkan sampel 5-10 kali jumlah variabel parameter yang akan dianalisa.^[14] Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara stratified sampling berdasarkan kelompok medis dan non medis, dibagi secara proporsional berdasarkan persentase di populasi. Pengambilan sampel dilanjutkan dengan purposive sampling, karyawan yang sedang bertugas yang menjadi sampel.

Data yang digunakan adalah data kuantitatif, dengan sumber data berupa survey sebagai sumber data primer. teknik pengumpulan data dengan metode survey menggunakan kuesioner. Kuesioner terdiri dari 2 bagian, identitas responden dan pernyataan penelitian. terdapat total 18 pernyataan penelitian yang mewakili empat variabel penelitian. Bagian variabel berbentuk pernyataan yang meminta persetujuan responden dengan penilaian skala semantik diferensial 1-10, semakin besar nilainya semakin setuju. Instrumen kuesioner dilakukan uji validitas dan reliabilitas menggunakan 30 responden sebelumnya. Pengukuran uji validitas instrumen

dengan menggunakan teknik *corrected item to total correlation* didapatkan hasil nilai *r*-hitung lebih besar dari nilai *r*-tabel (0,3610), sehingga bisa disimpulkan bahwa instrumen tersebut valid. Uji reliabilitas pada kuesioner menggunakan program SPSS menghasilkan nilai *coefficient croanbach's alpha* sebesar 0,752, sehingga bisa disimpulkan bahwa kuesioner tersebut reliabel. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, survey, dan cross sectional. Data yang sudah terkumpul akan dianalisa dengan terlebih dahulu dilakukan pengurutan, pengorganisasian, dan verifikasi. Analisis data dilakukan dengan metode SEM (Structural Equation Modelling) yang akan dilakukan melalui perangkat AMOS. Perhitungan efek tidak langsung di dalam AMOS dilanjutkan dengan perhitungan terpisah untuk signifikansi menggunakan uji sobel.^[15]

HASIL

Dari 108 sampel yang diambil, didapatkan mayoritas adalah kelompok usia 20-30 tahun. Berdasarkan kelompok lama kerja mayoritas berasal dari lama kerja 0-2 tahun. Persentase kelompok umur menyerupai persentase populasi karyawan RS Siloam Bali pada periode penelitian (Tabel 1).

Dari distribusi pekerjaan dan jenis pekerjaan, pemisahan non medis dan medis sesuai dengan persentase total populasi (Tabel 2). Dari kelompok medis terbanyak adalah perawat dan, dari kelompok non medis terbanyak adalah lain-lain yang terdiri dari petugas kebersihan, petugas front office dan back office.

Tabel 1. Distribusi kelompok usia responden

| Kelompok usia (tahun) | Jumlah karyawan | persentase | Jumlah responden | persentase |
|-----------------------|-----------------|------------|------------------|------------|
| 20-30 | 467 | 80% | 90 | 83% |
| 31-40 | 95 | 16% | 16 | 15% |
| >41 | 21 | 4% | 2 | 2% |
| Total | 583 | 100% | 108 | 100% |

Sumber: data penelitian dan data HRD RS Siloam Bali, 2018

Tabel 2. Distribusi pekerjaan dan jenis pekerjaan

| Jenis Pekerjaan | Pekerjaan | Total | persentase |
|-----------------|---|-------|------------|
| Medis | dokter | 8 | 14% |
| | farmasi | 13 | 23% |
| | lain-lain (analisis dan fisioterapis) | 3 | 5% |
| | perawat | 33 | 58% |
| Medis Total | | 57 | |
| Non Medis | FMS (teknisi dan analisis lingkungan) | 14 | 27% |
| | lain-lain (petugas kebersihan, <i>front office, back office</i>) | 21 | 41% |
| | manajemen | 7 | 14% |
| | Security | 9 | 18% |
| Non Medis Total | | 51 | |
| Grand Total | | 108 | |

Tabel 3. *Assesment of Normality (Group number 1)*

| Variable | min | max | skew | c.r. | kurtosis | c.r. |
|--------------|-------|--------|-------|--------|----------|--------|
| IKP5 | 5,000 | 10,000 | -,407 | -1,728 | -,494 | -1,049 |
| IKP4 | 4,000 | 10,000 | -,543 | -2,305 | ,019 | ,041 |
| IKP3 | 5,000 | 10,000 | -,427 | -1,810 | -,426 | -,904 |
| IKP2 | 5,000 | 10,000 | ,047 | ,199 | -,719 | -1,525 |
| IKP1 | 4,000 | 10,000 | -,265 | -1,125 | ,168 | ,357 |
| KM4 | 5,000 | 10,000 | -,504 | -2,139 | -,216 | -,458 |
| KT4 | 5,000 | 10,000 | -,254 | -1,078 | -,773 | -1,639 |
| KM1 | 4,000 | 10,000 | -,461 | -1,955 | -,098 | -,209 |
| KM2 | 6,000 | 10,000 | -,160 | -,678 | -1,012 | -2,146 |
| KM3 | 6,000 | 10,000 | -,249 | -1,054 | -,788 | -1,672 |
| KT3 | 5,000 | 10,000 | -,314 | -1,332 | -,351 | -,745 |
| KT2 | 5,000 | 10,000 | -,478 | -2,029 | -,128 | -,272 |
| KT1 | 5,000 | 10,000 | -,376 | -1,595 | -,473 | -1,003 |
| KP1 | 4,000 | 10,000 | -,445 | -1,889 | -,173 | -,367 |
| KP2 | 5,000 | 10,000 | -,398 | -1,687 | -,601 | -1,276 |
| KP3 | 5,000 | 10,000 | -,461 | -1,956 | -,435 | -,924 |
| KP4 | 5,000 | 10,000 | -,330 | -1,398 | -,273 | -,579 |
| KP5 | 4,000 | 10,000 | -,565 | -2,395 | ,253 | ,537 |
| Multivariate | | | | | 96,490 | 18,685 |

Uji normalitas data (Tabel 3) untuk indikator masing-masing variabel laten kepemimpinan, kerjasama tim, kinerja manajemen dan iklim keselamatan pasien memiliki nilai c.r. untuk skewnes diantara $\pm 3,00$ dan nilai kurtosis setiap indikator tidak ada yang memiliki nilai c.r. lebih dari 3,00. Hal ini menunjukkan bahwa indikator masing-masing variabel menyebar normal (tidak runcing).

Analisis pengujian model pengukuran dengan parameter lamda (λ_i), menunjukkan bahwa semua indikator variabel laten memiliki standarized estimate (regression weight) berupa *loading factor* atau lamda (λ_i) $> 0,50$, nilai kritis C.R. $> 2,00$ dan memiliki probabilitas lebih kecil dari 0,05 (***) . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa semua indikator variabel laten tersebut adalah signifikan.

Tabel 4. *Standarized Regression Weight (λ_i)* Indikator Kepemimpinan, Kerjasama Tim, Kinerja Manajemen, dan Iklim Keselamatan Pasien

| | | | Estimate |
|------|------|-----|----------|
| KP5 | <--- | KP | ,780 |
| KP4 | <--- | KP | ,680 |
| KP3 | <--- | KP | ,829 |
| KP2 | <--- | KP | ,944 |
| KP1 | <--- | KP | ,813 |
| KT1 | <--- | KT | ,780 |
| KT2 | <--- | KT | ,885 |
| KT3 | <--- | KT | ,876 |
| KM3 | <--- | KM | ,730 |
| KM2 | <--- | KM | ,753 |
| KM1 | <--- | KM | ,755 |
| KT4 | <--- | KT | ,742 |
| KM4 | <--- | KM | ,730 |
| IKP1 | <--- | IKP | ,693 |
| IKP2 | <--- | IKP | ,633 |
| IKP3 | <--- | IKP | ,861 |
| IKP4 | <--- | IKP | ,849 |
| IKP5 | <--- | IKP | ,669 |

Tabel 5. *Regression Weight* (λ_i) Indikator Kepemimpinan, Kerjasama Tim, Kinerja Manajemen, dan Iklim Keselamatan Pasien

| | | | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|------|------|-----|----------|------|--------|-----|--------|
| KP5 | <--- | KP | 1,000 | | | | |
| KP4 | <--- | KP | ,788 | ,106 | 7,465 | *** | par 1 |
| KP3 | <--- | KP | 1,070 | ,112 | 9,559 | *** | par 2 |
| KP2 | <--- | KP | 1,287 | ,114 | 11,316 | *** | par 3 |
| KP1 | <--- | KP | 1,055 | ,113 | 9,318 | *** | par 4 |
| KT1 | <--- | KT | 1,000 | | | | |
| KT2 | <--- | KT | 1,218 | ,120 | 10,155 | *** | par 5 |
| KT3 | <--- | KT | 1,046 | ,104 | 10,023 | *** | par 6 |
| KM3 | <--- | KM | ,832 | ,114 | 7,279 | *** | par 7 |
| KM2 | <--- | KM | ,852 | ,113 | 7,514 | *** | par 8 |
| KM1 | <--- | KM | 1,000 | | | | |
| KT4 | <--- | KT | 1,002 | ,123 | 8,155 | *** | par 9 |
| KM4 | <--- | KM | ,964 | ,132 | 7,280 | *** | par 10 |
| IKP1 | <--- | IKP | 1,000 | | | | |
| IKP2 | <--- | IKP | ,992 | ,162 | 6,127 | *** | par 11 |
| IKP3 | <--- | IKP | 1,262 | ,155 | 8,136 | *** | par 12 |
| IKP4 | <--- | IKP | 1,283 | ,160 | 8,041 | *** | par 13 |
| IK5 | <--- | IKP | ,894 | ,138 | 6,457 | *** | par 14 |

Analisa model persamaan struktural kepemimpinan (KP), kerjasama tim (KT), kinerja manajemen (KM) dan iklim keselamatan pasien (IKP) melalui tabel output dari analisis melalui software AMOS berikut.

Tabel 6. *Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)*

| | KP | KM | KT | KP |
|-----|------|------|------|------|
| KM | ,741 | ,000 | ,000 | ,000 |
| KT | ,882 | ,000 | ,000 | ,000 |
| IKP | ,245 | ,443 | ,294 | ,000 |

Tabel 7. *Regression Weights: (Group number 1 - Default model)*

| | | | Estimate | S.E. | C.R. |
|-----|------|----|----------|------|-------|
| KT | <--- | KP | ,748 | ,095 | 7,844 |
| KM | <--- | KP | ,686 | ,108 | 6,371 |
| IKP | <--- | KT | ,278 | ,158 | 1,753 |
| IKP | <--- | KM | ,384 | ,109 | 3,523 |
| IKP | <--- | KP | ,197 | ,154 | 1,281 |

Tabel 8. *Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)*

| | | | Estimate |
|-----|------|----|----------|
| KT | <--- | KP | ,882 |
| KM | <--- | KP | ,741 |
| IKP | <--- | KT | ,294 |
| IKP | <--- | KM | ,443 |
| IKP | <--- | KP | ,245 |

Pengaruh variabel laten Kepemimpinan (KP) terhadap variabel laten Iklim Keselamatan Pasien (IKP) memiliki standardized estimate (regression weight) sebesar 0,245, dengan nilai C.R. = 1,281 (< 2,00) dan probability = 0,200 (> 0,05) menunjukkan bahwa pengaruh variabel laten Kepemimpinan (KP) terhadap variabel laten Iklim Keselamatan Pasien (IKP) adalah positif tidak signifikan.

Pengaruh variabel laten Kepemimpinan (KP) terhadap variabel laten Kerjasama Tim (KT) memiliki standardized estimate (regression weight) sebesar 0,882, dengan nilai C.R. = 7,844 (> 2,00) dan probability = *** (< 0,05) menunjukkan bahwa pengaruh variabel laten Kepemimpinan (KP) terhadap variabel laten Kerjasama Tim (KT) adalah positif signifikan.

Pengaruh variabel laten Kepemimpinan (KP) terhadap variabel laten Kinerja Manajemen (KM) memiliki standardized estimate (regression weight) sebesar 0,741, dengan C.R. (Critical ratio adalah identik dengan nilai t-hitung) sebesar 6,371 pada probability ***. Nilai C.R. = 6,371 (> 2,00) dan probability = *** (< 0,05) menunjukkan bahwa pengaruh variabel laten Kepemimpinan

(KP) terhadap variabel laten Kinerja Manajemen (KM) adalah positif signifikan.

Pengaruh variabel laten Kerjasama Tim (KT) terhadap variabel laten Iklim Keselamatan Pasien (IKP) memiliki standardized estimate (regression weight) sebesar 0,294, dengan nilai C.R. = 1,753 (< 2,00) dan probability = 0,080 (> 0,05) menunjukkan bahwa pengaruh variabel laten Kerjasama Tim (KT) terhadap variabel laten Iklim Keselamatan Pasien (IKP) adalah positif tidak signifikan.

Pengaruh variabel laten Kinerja Manajemen (KM) terhadap variabel laten Iklim Keselamatan Pasien (IKP) memiliki standardized estimate (regression weight) sebesar 0,443, dengan nilai C.R. = 3,523 (> 2,00) dan probability = *** (< 0,05) menunjukkan bahwa pengaruh variabel laten Kerjasama Tim (KT) terhadap variabel laten Iklim Keselamatan Pasien (IKP) adalah positif signifikan.

Tabel 9. *Indirect Effects*

| | KP | KM | KT | IKP |
|-----|------|------|------|------|
| KM | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| KT | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| IKP | ,471 | ,000 | ,000 | ,000 |

Tabel 10. *Standardized Indirect Effects* (Group number 1 - Default model)

| | KP | KM | KT | IKP |
|-----|------|------|------|------|
| KM | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| KT | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| IKP | ,587 | ,000 | ,000 | ,000 |

Tabel 11. *Indirect Effects - Two Tailed Significance*

| | KP | KM | KT | IKP |
|-----|------|-----|-----|-----|
| KM | ... | ... | ... | ... |
| KT | ... | ... | ... | ... |
| IKP | ,048 | ... | ... | ... |

Penilaian efek mediasi dilakukan menggunakan nilai indirect effect yang didapatkan dari program AMOS kemudian dilakukan uji Sobel. Berdasarkan tabel 9, tabel 10, dan tabel 11, pengaruh tidak langsung variabel laten kepemimpinan terhadap variabel laten iklim keselamatan pasien memiliki standarized indirect effect sebesar 0,587 dan two tailed significance sebesar 0,048. Nilai tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh tidak langsung variabel laten kepemimpinan terhadap variabel laten iklim keselamatan pasien secara signifikan. Pengukuran masing-masing mediator dilanjutkan dengan menggunakan uji Sobel agar lebih spesifik menilai variable mediatornya.

Uji sobel dilakukan dengan mengisi tabel uji sobel dari <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm> dengan menggunakan data dari tabel 7. *Regression weight*. Gambar 1 uji sobel mediator kerjasama tim (KT) menunjukkan bahwa p-value 0,08 (>0,05) sehingga dapat disimpulkan bahwa efek mediasi variabel kerjasama tim tidak signifikan.

| Input: | | Test statistic: | Std. Error: | p-value: |
|----------------|-------|--------------------------|-------------|------------|
| a | 0.748 | Sobel test: 1.7171418 | 0.12109891 | 0.08595327 |
| b | 0.278 | Aroian test: 1.70410149 | 0.1220256 | 0.08836213 |
| s _a | 0.095 | Goodman test: 1.73048613 | 0.12016508 | 0.08354346 |
| s _b | 0.158 | Reset all | Calculate | |

Gambar 1. Uji Sobel Mediator Kerjasama Tim (KT)
Sumber: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>

| Input: | | Test statistic: | Std. Error: | p-value: |
|----------------|-------|--------------------------|-------------|------------|
| a | 0.686 | Sobel test: 3.08080802 | 0.08550484 | 0.0020644 |
| b | 0.384 | Aroian test: 3.05201861 | 0.0863114 | 0.00227308 |
| s _a | 0.108 | Goodman test: 3.11042781 | 0.0846906 | 0.00186817 |
| s _b | 0.109 | Reset all | Calculate | |

Gambar 2. Uji Sobel Mediator Kinerja Manajemen (KM)

Sumber: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>

Gambar 2. uji sobel mediator kinerja manajemen (KM) menunjukkan bahwa p-value 0,002 (<0,05) sehingga dapat disimpulkan bahwa efek mediasi variabel kinerja manajemen adalah signifikan. Jika dilihat dari hipotesis 5 dimana pengaruh variabel kinerja manajemen terhadap iklim keselamatan pasien adalah positif signifikan dan hipotesis 1 dimana variabel kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien tidak signifikan maka dapat disimpulkan bahwa variabel kinerja manajemen merupakan mediator penuh.

Analisis *goodness of fit* terhadap model penelitian berdasarkan kriteria uji Chi-square, relatif chi-square (CMIN/DF), RMSEA, GFI, AGFI, TLI dan CFI. Nilai indeks *goodness of fit* yang didapatkan dari hasil pengolahan software AMOS menunjukkan hasil yang kurang baik. Model penelitian ini

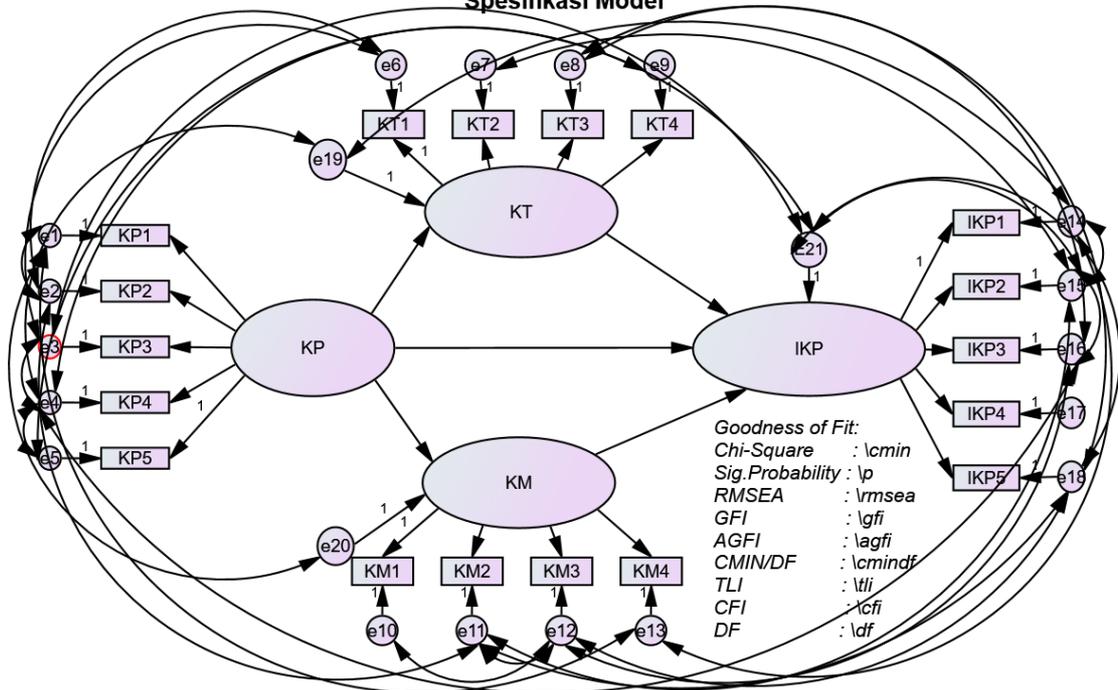
merupakan model yang sedang diselidiki sehingga memungkinkan model tidak fit. Untuk meningkatkan nilai *goodness of fit* dapat dilakukan dengan mengkorelasikan beberapa indikator yang memiliki nilai Modifikasi Indeks (MI) yang besar (Ferdinand, 2016).¹⁴ Modifikasi dilakukan dengan mengkorelasikan beberapa error sesuai dengan *modification indices suggestion* yang dihasilkan dari software AMOS.

Setelah dilakukan modifikasi. Penilaian terhadap *goodness of fit* menunjukkan perbaikan. Indeks *goodness of fit* yang membaik dan memenuhi kriteria adalah chi-square (x2) 125,890; CMIN/DF 1,234; RMSEA 0,047; TLI 0,975; dan CFI 0,983.

Tabel 12. Evaluasi *Goodness of Fit*

| Goodness of Fit Index | Cut-off Value | Hasil Analisis | Evaluasi Model | Hasil Analisis post modifikasi |
|------------------------------|------------------|----------------|----------------|--------------------------------|
| Chi-Square (X ²) | Diharapkan kecil | 290,376 | Kurang Baik | 125,890 |
| CMIN/DF | ≤ 3,00 | 2,234 | Baik | 1,234* |
| Probability | ≥ 0,05 | 0,000 | Kurang Baik | 0,054* |
| RMSEA | ≤ 0,08 | 0,107 | Kurang Baik | 0,047* |
| GFI | ≥ 0,90 | 0,779 | Kurang Baik | 0,895 |
| AGFI | ≥ 0,90 | 0,710 | Kurang Baik | 0,823 |
| TLI | ≥ 0,95 | 0,868 | Kurang Baik | 0,975* |
| CFI | ≥ 0,95 | 0,888 | Kurang Baik | 0,983* |

**PENGARUH KEPEMIMPINAN TERHADAP IKLIM KESELAMATAN PASIEN
MELALUI KERJASAMA TIM DAN KINERJA MANAJEMEN**
Spesifikasi Model



Gambar 3. Model penelitian post modifikasi

Analisis model pengukuran dengan determinasi digunakan untuk mengetahui besarnya sumbangan variabel kepemimpinan, kerjasama tim, dan kinerja manajemen terhadap iklim keselamatan pasien. Untuk itu digunakan square multiple correlation seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 13. Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate |
|-----|----------|
| KM | ,549 |
| KT | ,777 |
| IKP | ,801 |

Berdasarkan data pada tabel 13 di atas tampak bahwa besarnya nilai *Squared Multiple Correlations* untuk variabel Kerjasama Tim adalah 0,777, variabel Kinerja Manajemen adalah sebesar 0,549, dan variabel Iklim Keselamatan Pasien adalah sebesar 0,801. Menurut Ferdinand (2016) nilai *Squared Multiple Correlations* identik dengan R² pada SPSS. Besarnya nilai

determinasi (D) adalah *Squared Multiple Correlations* x 100%.

Besarnya koefisien determinasi (D) variabel Kerjasama Tim adalah 0,777 x 100% = 77,7%, perubahan Kerjasama Tim dipengaruhi oleh Kepemimpinan sebesar 77,7%. Sedangkan sisanya sebesar 22,3% dipengaruhi oleh faktor di luar model penelitian ini. Besarnya koefisien determinasi (D) variabel Kinerja Manajemen adalah 0,549 x 100% = 54,9%, perubahan Kinerja Manajemen dipengaruhi oleh Kepemimpinan sebesar 54,9%. Sedangkan sisanya sebesar 45,1% dipengaruhi oleh faktor di luar model penelitian ini. Besarnya koefisien determinasi (D) variabel Iklim Keselamatan Pasien adalah 0,801 x 100% = 80,1%, perubahan Iklim Keselamatan Pasien dipengaruhi oleh Kepemimpinan, Kerjasama Tim dan Kinerja Manajemen sebesar 80,1%. Sedangkan sisanya sebesar 19,9% dipengaruhi oleh faktor di luar model penelitian ini.

PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kepemimpinan dengan iklim keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Kusumapradja di RS daerah khusus Ibukota Jakarta, dengan metode *cross sectional*, analisis data dengan *multiple regression berganda*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa komitmen pimpinan tidak berpengaruh bermakna terhadap budaya keselamatan pasien.^[16] Penelitian lain yang tidak sejalan didapatkan pada penelitian Maharani, Setiawan, Irawanto, dan Rahayu di tahun 2019 yang dilakukan di rumah sakit Ulin, Banjarmasin menemukan bahwa gaya kepemimpinan berpengaruh pada kerjasama, berpengaruh pada kinerja keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien.^[17]

Hubungan yang tidak signifikan antara kepemimpinan dan iklim keselamatan pasien di RS Siloam Bali pada penelitian ini dapat menunjukkan dua hal. Pertama, hubungan yang tidak signifikan tersebut justru mendukung hipotesis enam dan tujuh terkait variabel mediasi. Perubahan pada hubungan kepemimpinan dan iklim keselamatan pasien yang menjadi tidak signifikan setelah adanya variabel mediasi mendukung bahwa variabel tersebut memang adalah mediator. Kedua, hubungan yang tidak signifikan antara kepemimpinan dan iklim keselamatan pasien bisa dipengaruhi oleh model kepemimpinan yang ada di RS Siloam Bali. Diketahui bahwa gaya kepemimpinan transformasional memiliki efek positif terhadap iklim keselamatan pasien, sedangkan gaya kepemimpinan *laissez-faire* memiliki efek negatif terhadap iklim keselamatan pasien.^[18] Gaya kepemimpinan di RS Siloam Bali pada level atas cenderung pada gaya kepemimpinan transformasional, namun jika dilihat per departemen penulis

melihat ada perbedaan gaya kepemimpinan termasuk adanya gaya kepemimpinan transaksional dan *laissez-faire* di beberapa departemen. Gaya kepemimpinan yang berbeda dapat menghasilkan pengaruh yang berbeda terhadap iklim keselamatan pasien. Gaya kepemimpinan tidak masuk di dalam penelitian ini sehingga menjadi salah satu kelemahan penelitian ini dan menjadi rekomendasi untuk menjadi perbaikan pada penelitian selanjutnya. Hal lain yang mungkin dapat berpengaruh terhadap hubungan antara kepemimpinan dan iklim keselamatan pasien adalah adanya variabel *intervening* lain baik moderator maupun mediator, seperti program kerja, strategi terkait keselamatan pasien, pelatihan dan pendidikan, sistem pelaporan insiden, komunikasi dan sebagainya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kepemimpinan, semakin tinggi tingkat kerjasama tim. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anugrah di tahun 2015 pada bidang manajemen perusahaan, Widyasari, Hamidah dan Ika di tahun 2016 pada bidang industri, Rahmat di tahun 2018 pada bidang pendidikan. Penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa kepemimpinan mempengaruhi kerjasama tim secara signifikan.^[19,20:21]

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kepemimpinan, makin tinggi kinerja manajemen. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian terdahulu terkait kinerja manajemen dan hasil kinerja tersebut. Penelitian oleh Ariyani tahun 2016 di Rumah Sakit Islam Hidayatullah Yogyakarta dengan model penelitian *cross sectional* dengan metode analisis regresi menunjukkan bahwa kepemimpinan berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kinerja karyawan.^[22] Dalam bidang sistem manajemen, penelitian dengan metode *cross sectional* dengan analisis regresi

linier berganda memperlihatkan bahwa kepemimpinan memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja manajemen mutu.^[23] Pada bidang perbankan Alam melakukan penelitian *cross sectional* di Bank BJB dengan metode analisis data regresi berganda menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan leadership dengan kinerja manajerial bank BJB.^[24]

Hipotesis keempat yang menyatakan semakin tinggi tingkat kerjasama tim, makin baik iklim keselamatan pasien tidak terbukti pada penelitian ini. Pada penelitian ini arah pengaruhnya bernilai positif, yang artinya semakin tinggi tingkat kerjasama tim, semakin baik iklim keselamatan pasien, namun hubungan tersebut tidak signifikan. Hubungan yang tidak signifikan antara kerjasama tim dan iklim keselamatan pasien di RS Siloam Bali mungkin disebabkan karena adanya variabel *interfening* baik moderator maupun mediator yang berperan dalam hubungan antara kerjasama tim dan iklim keselamatan pasien namun tidak terukur. Peneliti melakukan pengamatan singkat pada departemen yang menunjukkan nilai kerjasama tim rendah namun nilai iklim keselamatan pasien tinggi. Dari pengamatan ini tampaknya staf yang mengisi departemen tersebut cenderung memiliki pengetahuan yang kuat terkait standar prosedur operasional rumah sakit dan keselamatan pasien, sikap yang teguh pada pendirian dan sulit dipengaruhi. Variabel-variabel berupa sikap, persepsi, pengetahuan, perilaku, dan sebagainya bisa menjadi variabel *interfening* pada hubungan ini. Perlu dilakukan penelitian lebih jauh terhadap variabel *interfening* pada hubungan kerjasama tim terhadap iklim keselamatan kerja, hal ini menjadi salah satu saran untuk penelitian selanjutnya.

Tidak terbuktinya hubungan antara kerjasama tim dan iklim keselamatan pasien sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan

Kusumapradja di RS daerah khusus Ibukota Jakarta, dengan metode *cross sectional*, analisis data dengan *multiple regression berganda*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kerjasama tim tidak berpengaruh bermakna terhadap budaya keselamatan pasien.^[25] Penelitian Dinius, et al juga menunjukkan hasil yg tidak sejalan, penelitian yang dilakukan di Jerman tersebut menunjukkan bahwa kerjasama yang semakin tinggi diantara profesional berhubungan dengan keselamatan pasien yang lebih baik.^[26]

Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi kinerja manajemen, makin tinggi iklim keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian terdahulu. Penelitian terdahulu jarang mencantumkan kinerja manajemen secara keseluruhan sebagai variabel, namun menggunakan bagian atau hasil kinerja manajemen sebagai variabel seperti proses pembelajaran, fasilitas, kebijakan dan ketaatan staff. Penelitian yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan metode penelitian pre-experiment dan analisis data wilcoxon menemukan bahwa pelatihan patient safety (proses pembelajaran) dan komunikasi S-BAR (kebijakan) efektif menurunkan kesalahan pemberian obat injeksi yang berarti meningkatkan keselamatan pasien.^[27] Surahmat di tahun 2018 melakukan penelitian di RS Muhammadiyah Palembang dengan metode kuantitatif menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara supervisi (kebijakan dan ketaatan) terhadap implementasi keselamatan pasien.^[28]

Penelitian ini menunjukkan bahwa kerjasama tim tidak memediasi hubungan antara kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien. Berdasarkan teori Baron, salah satu syarat kerjasama tim bisa disebut sebagai mediator adalah jika kerjasama tim berpengaruh secara signifikan terhadap iklim keselamatan pasien.^[29] Hal ini juga didukung dengan perhitungan uji Sobel yang menunjukkan bahwa mediasi kerjasama tim pada

hubungan kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien tidak signifikan. Penjelasan yang serupa dengan kemungkinan tidak diterimanya hipotesis pengaruh kerjasama tim terhadap iklim keselamatan pasien. Pengamatan di RS Siloam di departemen tertentu menunjukkan kemungkinan adanya variabel *interfening* yang berperan pada hubungan antara kerjasama tim dengan iklim keselamatan pasien. Hal tersebut berpengaruh pada efek mediasi kerjasama tim pada hubungan kepemimpinan dengan iklim keselamatan pasien. Penelitian terdahulu menunjukkan hal yang tidak sama. Penelitian di rumah sakit Ulin, Banjarmasin dan menyimpulkan adanya efek mediasi kerjasama tim pada pengaruh kepemimpinan terhadap kinerja keselamatan pasien.^[17] Weng, Kim, dan Wu dalam risetnya di tahun 2016 menyimpulkan dalam penelitiannya bahwa pengaruh persepsi kepemimpinan manajemen pada iklim keselamatan adalah signifikan dan dimediasi penuh oleh faktor kerjasama tim, kondisi kerja dan kepuasan kerja.^[30]

Penelitian menunjukkan bahwa kinerja manajemen memediasi hubungan antara kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien dapat diterima. Pengaruh mediasi kinerja manajemen pada pengaruh kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien bersifat mediasi penuh. Peneliti belum menemukan penelitian pembandingan yang menyelidiki mediasi kinerja manajemen pada pengaruh kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien di rumah sakit. Kinerja manajemen adalah sebuah perpanjangan tangan dari pemimpin, sistem yang menerima delegasi untuk mencapai tujuan dalam hal ini iklim keselamatan pasien di rumah sakit.

SIMPULAN

Kepemimpinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kerjasama tim dan kinerja manajemen. Kinerja manajemen berpengaruh positif dan signifikan terhadap iklim keselamatan pasien. Kinerja manajemen terbukti merupakan mediator penuh pada pengaruh kepemimpinan terhadap iklim keselamatan pasien. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk fasilitas kesehatan atau rumah sakit sebagai dasar untuk penetapan fokus strategi untuk mencapai peningkatan iklim keselamatan pasien. Penetapan kebijakan yang dapat mendorong kinerja manajemen seperti penyediaan fasilitas penunjang keselamatan pasien, pendidikan dan pelatihan terkait keselamatan pasien, pembuatan indeks kinerja manajemen dan pemberian penghargaan yang menunjukkan kinerja baik.

SARAN

Sebagaimana dijelaskan dalam pembahasan di bab sebelumnya bahwa terdapat beberapa keterbatasan pada penelitian ini diantaranya dalam identifikasi responden tidak dibedakan latar belakang pendidikan responden dimana hal tersebut mungkin akan berpengaruh pada pengisian kuesioner. Pada iklim keselamatan pasien ternyata variabel kepemimpinan dan kerjasama tim tidak berpengaruh signifikan. Pada penelitian mendatang diharapkan bisa memasukkan ke dalam penelitian variabel gaya kepemimpinan, dan faktor intrapersonal dari anggota tim seperti pengetahuan, persepsi, sikap, perilaku dan sebagainya. Diharapkan penelitian selanjutnya dapat lebih baik dan melengkapi kekurangan dan keterbatasan penelitian ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Kohn L CJDM. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. *The Florida nurse*. 2000.
2. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015.
3. Peraturan Menteri Kesehatan no 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017.
4. Kristensen S, Christensen KB, Jaquet A, Beck CM, Sabroe S, Bartels P, et al. Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: A repeated cross-sectional experimental study. *BMJ Open*. 2016.
5. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*. 2005.
6. McIntyre, H. H., Foti, R. J. The Impact of shared Leadership on Teamwork Mental Models and Performance in Self-directed teams. *Group Processes & Intergroup Relations*. 2015: 16(1), 46-57.
7. Poghosyan L, Liu J. Nurse Practitioner Autonomy and Relationships with Leadership Affect Teamwork in Primary Care Practices: a Cross-Sectional Survey. *J Gen Intern Med*. 2016.
8. Potu A, Lingkungan D, Potu Fakultas Ekonomi dan Bisnis A, Manajemen Universitas Sam Ratulangi Manado J. Kepemimpinan, Motivasi, Dan Lingkungan Kerja Pengaruhnya Terhadap Kinerja Karyawan Pada Kanwil Ditjen Kekayaan Negara Suluttenggo Dan Maluku Utara Di Manado. *J EMBA*. 2013.
9. Zhang X an, Cao Q, Tjosvold D. Linking transformational leadership and team performance: A conflict management approach. *J Manag Stud*. 2011.
10. Goh SC, Chan C, Kuziemsky C. Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. *Int J Health Care Qual Assur*. 2013.
11. Jc B, Jt D, T B, Cc H, Lm L, N K, et al. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. *J Patient Saf*. 2016.
12. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: A systematic review. *BMJ Open*. 2014.
13. Lee YC, Wu HH, Hsieh WL, Weng SJ, Hsieh LP, Huang CH. Applying importance-performance analysis to patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015.
14. Ferdinand A. Metode Penelitian Manajemen: Pedoman Penelitian untuk Skripsi, Tesis dan Disertasi Ilmu Manajemen. *BP Undip* 2. 2016.
15. Preacher KJ, Hayes AF. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behav Res Methods, Instruments, Comput*. 2004.
16. Kusumapradja, Rokiah. Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Daerah Khusus Ibukota Jakarta. *Universitas Esa Unggul*. 2017.
17. Maharani DWS, Setiawan M, Irawanto DW, Rahayu M. Analysis of patient safety culture and work team in educating the effect of leadership style on patients safety performance. *Indian J Public Heal Res Dev*. 2019.
18. Merrill KC. Leadership Style and Patient Safety: Implications for Nurse Managers. *J Nurs Adm*. 2015.
19. Anugrah, Hanna Fransiska. Pengaruh Kepemimpinan Transformasional dan Transaksional terhadap Kinerja Kerja yang dimediasi oleh Kerjasama Tim. *Fakultas Ekonomi Universitas Maranatha Bandung*. 2015
20. Widyasari, R. U., Hamidah N.U., Ika R. Pengaruh Budaya Organisasi dan Gaya Kepemimpinan terhadap Kerjasama Tim. *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*. 2016:37(2).
21. Rahmat, Adi. Pengaruh Kepemimpinan Transformasional, dan Iklim Kerja terhadap Komitmen Kerja Dosen Berdampak Pada Kerjasama Tim Serta Berimplikasi terhadap Kinerja Dosen. *Pascasarjana Universitas Pasundan Riau*. 2018.
22. Ivana Ariyani R. Pengaruh Gaya Kepemimpinan Dan Loyalitas Karyawan Terhadap Kinerja Karyawan Di Rumah Sakit Islam Hidayatullah

- Yogyakarta. *J Medicoeticolegal dan Manaj Rumah Sakit*. 2016.
23. Indriyati R. Pengaruh Kepemimpinan, Budaya Organisasi Dan Komitmen Organisasi Terhadap Kinerja Manajemen Mutu (Studi pada AKPELNI Semarang). *Media Ekon dan Manaj*. 2018.
 24. Alam, Novan Maestha. Pengaruh Leadership, Gaya Kepemimpinan, Kompetensi Manajer dan Risk Management terhadap Kinerja Manajerial Bank BJB. *Universitas Widyatama*. 2015.
 25. Kusumapradja, Rokiah. Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Daerah Khusus Ibukota Jakarta. *Universitas Esa Unggul*. 2017.
 26. Dinius J, Philipp R, Ernstmann N, Heier L, Göritz AS, Pfisterer-Heise S, et al. Inter-professional teamwork and its association with patient safety in German hospitals-A cross sectional study. *PLoS One*. 2020
 27. Fatimah FS, Rosa EM. Efektivitas Pelatihan Patient Safety; Komunikasi S-BAR pada Perawat dalam Menurunkan Kesalahan Pemberian Obat Injeksi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. *J Ners dan Kebidanan Indones*. 2016.
 28. Surahmat R, Neherta M, Nurariati N. Hubungan Supervisi dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. *Proceeding Semin Nas Keperawatan*. 2019.
 29. Baron RM, Kenny DA. The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research. Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *J Pers Soc Psychol*. 1986.
 30. Weng SJ, Kim SH, Wu CL. Underlying influence of perception of management leadership on patient safety climate in healthcare organizations - A mediation analysis approach. *Int J Qual Heal Care*. 2017.