

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah sakit sebagai sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat dan tenaga ahli kesehatan lainnya bagi masyarakat dituntut untuk meningkatkan kualitas pelayanannya dalam memenuhi kepuasan pasien. Kepuasan pasien menjadi perhatian utama dalam setiap institusi layanan kesehatan. Untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan, terlebih dahulu harus diketahui apakah pelayanan yang telah diberikan kepada pasien/pelanggan selama ini telah sesuai dengan harapan pasien/pelanggan atau belum (Rachmadi, 2008).

Memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik, bukanlah sesuatu yang mudah bagi pengelola rumah sakit karena pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit menyangkut kualitas hidup para pasiennya sehingga bila terjadi kesalahan dalam tindakan medis dapat berdampak buruk bagi pasien. Dampak tersebut dapat berupa sakit pasien bertambah parah, kecacatan bahkan kematian. Rumah sakit sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional dituntut untuk meningkatkan kualitas, penyediaan fasilitas, pelayanan dan kemandirian. Dengan demikian rumah sakit merupakan salah satu pelaku pelayanan kesehatan yang kompetitif yang harus dikelola oleh pelaku yang mempunyai jiwa wirausaha yang mampu menciptakan efisiensi, keunggulan dalam kualitas dan pelayanan,

keunggulan dalam inovasi serta unggul dalam merespon kebutuhan pasien (Jacobalis, 2005).

Sebagian besar proses pelayanan pasien di rawat inap adalah berinteraksi dengan tenaga medis dan perawat. Perawat memegang peranan sangat penting dalam melayani keseharian kebutuhan pasien. Perawat untuk pelayanan rawat inap pasien melayani dan merawat pasien selama 24 jam. Tuntutan pasien dan keluarga sangat tinggi terhadap perawat sehingga baik secara kualitas maupun kuantitas sumber daya perawat harus memenuhi persyaratan yang berlaku dan diterapkan dalam kebijakan rumah sakit maupun yang berlaku di negara Republik Indonesia. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat membutuhkan supervisi dari pimpinan. Manajemen kepala ruangan dan komunikasi keperawatan dalam pelayanan pasien merupakan kunci utama keberhasilan dalam pelayanan asuhan keperawatan dengan penerapan budaya keselamatan. Pengelolaan pelayanan keperawatan membutuhkan sistem manajerial keperawatan yang tepat untuk mengarahkan seluruh sumber daya keperawatan dalam menghasilkan pelayanan keperawatan yang prima dan berkualitas.

Kepala ruangan sebagai ujung tombak tercapainya tujuan pelayanan keperawatan di rumah sakit harus mempunyai kemampuan melakukan supervisi untuk mengelola asuhan keperawatan. Supervisi yang dilakukan kepala ruangan berperan untuk mempertahankan segala kegiatan yang telah dijadwalkan dapat dilaksanakan sesuai standar.

Sebagai upaya peningkatan kepuasan pasien dan peningkatan mutu layanan rumah sakit, maka budaya keselamatan pasien merupakan landasan yang sangat penting dalam penerapan perbaikan mutu layanan. Upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit sudah merupakan sebuah gerakan universal. Berbagai negara maju telah menggeser paradigma "quality" kearah paradigma baru "quality-safety". Ini berarti bukan hanya mutu pelayanan yang harus ditingkatkan tetapi yang lebih penting lagi adalah menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan terus menerus. Pada tahun 1999 laporan *Institute of Medicine* di Amerika Serikat yang berjudul "To err is human: building a safer health system" menyatakan bahwa diperkirakan setiap tahun di Amerika Serikat, hingga satu juta orang terluka dan 98.000 meninggal akibat kesalahan medis. Sebanyak 58% dari 98.000 tersebut ternyata dapat dicegah. Laporan tersebut juga mengemukakan penelitian di rumah sakit Utah dan Colorado yaitu ditemukan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/*Adverse Event*) sebesar 2,9% dengan 6,6% diantaranya meninggal, sedangkan di New York sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di Amerika yang berjumlah 33,6 juta pada tahun 1997 berdasarkan penelitian di Utah, Colorado dan New York adalah berkisar 44.000 sampai 98.000. Publikasi WHO tahun 2004 mengenai angka penelitian rumah sakit di Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia menemukan KTD sebesar 3,2 – 16,6 %.

Berbagai negara selanjutnya segera mengembangkan sistem keselamatan pasien dengan mempertimbangkan data tersebut. Laporan ini menarik perhatian media, dan ada berita utama di seluruh negeri tentang keamanan (atau kurangnya keselamatan) untuk pasien dalam organisasi layanan kesehatan. Data ini menyatakan kejadian *Error* menyebabkan biaya \$ 17 miliar - \$ 29 miliar per tahun di rumah sakit di Amerika Serikat. Namun, data terbaru menunjukkan bahwa angka-angka ini mungkin jauh lebih tinggi (James, 2013, JPS). Bahkan negara-negara yang menjadi pionir dalam keselamatan pasien, seperti AS dan Inggris, masih berjuang, misalnya, jumlah kematian terkait rumah sakit yang dapat dicegah diperkirakan lebih dari 200.000 setiap tahun di AS. Data Eropa secara konsisten menunjukkan bahwa kesalahan medis dan perawatan kesehatan terkait efek samping terjadi pada 8% - 12% dari rawat inap. *Beyond Mortality - Beban Kesalahan Medis: Amerika Serikat* yaitu 1 dari 10 pasien mengalami efek samping selama rawat inap (AHRQ Efforts, 2014); lebih dari 700.000 pasien rawat jalan dirawat di unit gawat darurat setiap tahun karena efek samping yang disebabkan oleh obat-obatan. 120.000 dari pasien ini memerlukan rawat inap (Budnitz et al. 2006); sepertiga penerima manfaat Medicare di fasilitas perawatan terampil mengalami kejadian buruk; setengah dari kejadian ini dianggap dapat dicegah (OIG 2014).

Dalam rangka mengevaluasi hasil kinerja kualitas dan keamanan selama periode 10 tahun, Joint Commision International secara konsisten

menemukan komunikasi menjadi salah satu dari tiga penyebab utama utama peristiwa sentinel (kejadian yang tidak terduga yang mengakibatkan cedera serius atau kematian) setelah 2 penyebab terbesar lain yaitu faktor manusia dan kepemimpinan.

Sebagai hasil dari peninjauan, James (2013) memperkirakan jumlah kematian dini yang terkait dengan bahaya yang dapat dicegah untuk pasien menjadi lebih dari 400.000 per tahun dan bahaya yang serius itu tampaknya 10 hingga 20 kali lebih umum daripada kematian. Perkiraan tahunan tentang 400.000 kematian dan 4 hingga 8 juta kejadian cedera serius per tahun diterjemahkan menjadi 1.096 kematian dan 10.959 hingga 20.918 kejadian cedera serius setiap hari. Untuk menempatkannya dalam perspektif, jumlah kematian itu akan sama dengan tiga 747 pesawat yang jatuh setiap hari.

Konsep budaya keselamatan berasal dari luar layanan kesehatan, dalam studi organisasi dengan reliabilitas yang tinggi, organisasi yang secara konsisten meminimalkan efek samping meskipun melakukan pekerjaan yang secara intrinsik kompleks dan berbahaya. Organisasi dengan keandalan tinggi mempertahankan komitmen untuk keselamatan di semua tingkatan, dari penyedia garis depan hingga manajer dan eksekutif. Komitmen ini membentuk "budaya keselamatan" yang mencakup pengakuan atas kegiatan organisasi berisiko tinggi dan tekad untuk mencapai kegiatan yang aman secara konsisten, lingkungan yang bebas dari kesalahan di mana individu dapat melaporkan kesalahan atau

nyaris celan tanpa takut teguran atau hukuman, dorongan kolaborasi lintas jajaran dan disiplin untuk mencari solusi atas masalah keselamatan pasien, komitmen organisasi sumber daya untuk mengatasi masalah keamanan

Ministry of Health Malaysia 2013 melaporkan angka insiden keselamatan pasien dalam rentang waktu Januari—Desember sebanyak 2.769 kejadian dan untuk negara Indonesia dalam rentang waktu 2006 – 2011 KKPRS melaporkan terdapat 877 kejadian keselamatan pasien.

Pemerintah Indonesia mengeluarkan program pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit terlaksana sesuai standar, di antaranya adalah mengeluarkan Undang – undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, di keluarkannya Permenkes No.1691 th 2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit, dan diperbaharui aturan tersebut menjadi Permenkes No 11 th 2017 tentang keselamatan pasien di rumah sakit, Menteri Kesehatan bersama Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) telah mencanangkan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada Seminar Nasional PERSI pada tanggal 21 Agustus 2005, Pembentukan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) oleh PERSI pada tanggal 01 juni 2005 dan Tahun 2015 di terbitkan buku pedoman pelaporan insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) kejadian

keselamatan pasien merupakan media belajar dari proses kesalahan dalam pelayanan di rumah sakit.

Pada tanggal 30 Juni sampai 12 Agustus 2006, KKPRS yang terdiri dari KKPRS/PERSI – KARS – Depkes mengadakan “Roadshow” Keselamatan Pasien RS di 12 kota : Medan, Padang, Palembang, Jakarta, Bandung, Semarang, Yogya, Surabaya, Denpasar, Banjarmasin, Makasar, Balikpapan dengan tujuan meningkatnya pemahaman RS terhadap Standar KPRS dan 7 Langkah KPRS Meningkatkan kesadaran RS untuk melaksanakan Program KPRS dan Pelaporan Insiden. Agar RS mampu melakukan kajian terhadap Laporan Insiden Hasilnya jumlah RS yang hadir 461. Total RS di Indonesia 1268 RS (36 %). Dari 275 kuesioner didapat hasil RS yg menjalankan Program KP berjumlah 29 (11%); pelaksanaan program berjalan < 1 th 32% ; 1-2 th 24% dan > 2th 44%, program Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dijalankan oleh 51 RS (19 %) ; RS yang pernah mendapata tuntutan / klaim dalam 1 tahun terakhir : 117 (44%). Hanya 6% RS yang menggunakan jalur hukum untuk penyelesaian tuntutan. RS yg memberi ganti rugi 42 (36%) . Biaya pengurusan klaim : sebagian besar 88% menghabiskan < Rp 50 juta. Pemahaman RS thd Standar KPRS & 7 Langkah KPRS meningkatnya Kesadaran RS uuntuk melaksanakan Program KPRS dan Pelaporan Insiden meningkat.

RS EMC Tangerang merupakan rumah sakit swasta tipe B yang berbentuk Perseroan Terbatas yang berdiri tahun 1991 dan sebelumnya

bernama RS Usada Insani berada di lokasi yang cukup strategis, karena berada di tengah kota Tangerang . Dengan adanya perbaikan fasilitas fisik bangunan maka yang sebelumnya RS EMC memiliki kapasitas sebanyak 300 Tempat Tidur maka sejak bulan Januari 2018 RS EMC Tangerang memiliki fasilitas 135 tempat tidur dengan hasil pelayanan BOR (Bed Occupancy Ratio) dari rata – rata di tahun 2016 sebesar 52,36% menurun di tahun 2017 hingga 50,38 % , dimana jenis kelas kamar perawatan dengan tingkat hunian tertinggi di kelas VIP sebesar 64,5 % menurun di tahun 2017 menjadi 61,6 %.

Indikator lain pengukur tingkat kinerja RS EMC ialah tingkat kepuasan pasien. Target pencapaian Indeks Kepuasan Pasien di RS EMC Tangerang adalah sebesar 90%, namun hasil pencapaian pelayanan pada tahun 2016 didapatkan sebesar 18,56 % menyatakan pelayanan RS EMC Tangerang sangat baik 65,85 % menyatakan baik, 10,24% menyatakan kurang baik dan 5,35% menyatakan buruk (total angka ketidakpuasan 15,59%) dengan jumlah keluhan sebanyak 257 dalam 1 tahun dan pada tahun 2017 terdapat jumlah keluhan sebanyak 216 dan pencapaian indeks tingkat ketidakpuasan mengalami penurunan menjadi sebesar 13,56 % menyatakan tidak puas. Hasil penelusuran keluhan pasien dikelompokkan menjadi beberapa bagian besar, selama tahun 2016 RS mendapatkan total keluhan sebanyak 257 dimana penyebab terbesar adalah sarana prasana rumah sakit yang kurang nyaman sebanyak 76 keluhan dan penyebab kedua adalah 62 orang mengeluhkan masalah komunikasi

antara perawat dan pasien. Pada tahun 2017 dari 216 keluhan yang didapatkan RS, masalah terbesar adalah fasilitas, dan masalah kedua masih dengan hambatan komunikasi dengan perawat yaitu sebanyak 45 keluhan.

Dalam menilai kinerja perawat kepala ruangan telah diterapkan KPI (*Key Performance Indicator*) Keperawatan sejak awal tahun 2017. KPI tersebut diambil dari permasalahan – permasalahan terbesar di operasional unit dan dijadikan perbaikan. Salah satu target pencapaian KPI adalah pemenuhan pelaksanaan SPO (Standar Prosedur Operasional) atau *SOP Compliance* komunikasi perawat pasien dan edukasi terintegrasi, dimana pencapaian tersebut masih menjadi tantangan karena belum mencapai target yang diharapkan sebesar 100%, pencapaian hingga bulan Maret 2018 yaitu sebesar 75,81% untuk komunikasi perawat dan pasien serta 75,05% untuk pencapaian edukasi terintegrasi. Sebagai tindak lanjut upaya perbaikan kualitas dan mutu pelayanan RS EMC Tangerang telah membuat kebijakan perbaikan berupa peninjauan seluruh pencapaian indikator seluruh departemen di RS, dan langsung dibuat Analisa akar permasalahan serta rencana tindak lanjut yang dilakukan monitoring dan evaluasi sebagai bagian dari proses *Plan – Do – Check – Study* untuk *continouing improvement* RS EMC Tangerang.

Upaya yang dilakukan RS EMC Tangerang untuk meningkatkan keselamatan pasien antara lain telah melalui program tujuh langkah

menuju keselamatan rumah sakit dan penerapan standar keselamatan pasien rumah sakit. Langkah awal dalam mencapai keselamatan pasien tersebut adalah melalui penerapan budaya keselamatan pasien yang disertai kepemimpinan yang baik. Hal ini tertuang dalam tahap pertama program tujuh langkah menuju keselamatan rumah sakit yakni bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil. Dari hasil pelaporan insiden keselamatan pasien di RS EMC Tangerang yang dilakukan selama 3 tahun didapat hasil bahwa data pada tahun 2015 hingga tahun 2016 menunjukkan angka kejadian yang kecil (tahun 2015 sebanyak 1 pelaporan, dan tahun 2016 sebanyak 6 pelaporan) yang disebabkan kurangnya budaya pelaporan dari seluruh karyawan di RS EMC Tangerang, dimana masih terkendala beberapa hal seperti kurangnya sosialisasi, budaya *blaming culture* dan kurangnya peran seluruh kepemimpinan di rumah sakit. Pada tahun 2017, terjadi perubahan struktur dalam Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, dimana budaya pelaporan menjadi slogan – slogan dalam kampanye keselamatan pasien di rumah sakit. Atas peningkatan kesadaran pelaporan tersebut maka didapatkan jumlah pelaporan sebanyak 39 data tersebut didapatkan bahwa permasalahan komunikasi merupakan penyebab nomor 2 terbanyak setelah permasalahan identifikasi pada pasien.

Melihat fenomena dan data-data di atas, maka peneliti ingin meneliti bagaimana **pengaruh peran kepemimpinan kepala ruangan, dan**

penerapan komunikasi efektif terhadap budaya keselamatan pasien di RS EMC Tangerang.

B. Identifikasi Masalah

1. Komunikasi perawat

Jumlah keluhan tertinggi di RS EMC Tangerang ke dua selama tahun 2016 dan 2017 adalah masalah komunikasi perawat, dimana pada tahun 2016 masalah komunikasi sebanyak 24% dan tahun 2017 sebanyak 21%.

2. Peran Kepala Ruangan

Dalam kurun waktu sejak diterapkan KPI Keperawatan kepada kepala ruangan, terdapat peningkatan signifikan hasil KPI kepala ruangan di RS EMC Tangerang, namun dari target yang telah ditentukan belum mencapai target yang diinginkan selama 16 bulan dengan pencapaian terakhir untuk pencapaian SPO Komunikasi perawat sebanyak 75,81% dari target 100%.

3. Budaya Keselamatan Pasien

Angka kejadian dari hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS EMC Tangerang didapatkan data sebagai berikut sejak tahun 2015 hingga Maret 2018 terbanyak adalah Identifikasi Pasien diikuti Komunikasi Efektif.

4. Belum pernah dilakukan survey budaya keselamatan pasien di RS EMC Tangerang untuk melihat nilai – nilai yang dianut dalam penerapan budaya keselamatan sehari – hari.

C. Pembatasan Masalah

1. Penelitian ini hanya dibatasi pada peran kepemimpinan kepala ruang dan penerapan komunikasi efektif perawat, budaya keselamatan pasien yang diterapkan terhadap pelayanan Rumah Sakit.
2. Sampel diambil dari pasien rawat inap yang dirawat lebih dari 2 hari
3. Unit analisisnya adalah individu dalam hal ini pasien atau keluarga pasien di instalasi rawat inap serta staf perawat di instalasi rawat inap RS EMC Tangerang
4. Analisa data menggunakan SEM
5. Periode penelitian dilakukan pada bulan November 2018

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dalam menyusun penelitian ini penulis terlebih dahulu merumuskan masalah sebagai dasar kajian penelitian yang dilakukan, yaitu:

1. Apakah terdapat pengaruh peran kepemimpinan kepala ruang perawatan terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit ?
2. Apakah terdapat pengaruh komunikasi efektif terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit?
3. Apakah terdapat pengaruh peran kepemimpinan kepala ruang perawatan terhadap penerapan komunikasi efektif di rumah sakit?

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk menganalisa peran kepemimpinan kepala ruangan dan pengaruh penerapan komunikasi efektif terhadap budaya keselamatan pasien yang diterapkan terhadap pelayanan rumah sakit .

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengkaji pengaruh peran kepemimpinan kepala ruang perawatan terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Untuk mengkaji pengaruh komunikasi efektif terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- c. Untuk mengkaji pengaruh peran kepemimpinan kepala ruang perawatan terhadap komunikasi efektif di rumah sakit.

F. Kegunaan Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkuat hasil – hasil studi yang membahas pengaruh peranan kepemimpinan kepala ruangan perawat dan penrapan komunikasi perawat terhadap penerapan budaya keselamatan pasien.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan bagi pihak manajemen RS EMC Tangerang dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pasien, dan untuk

mengetahui tingkat pengetahuan perawat tentang komunikasi efektif dan peningkatan peran kepala ruangan terhadap keselamatan pasien. Dan manfaat bagi klien atau pasien adalah dengan meningkatnya kemampuan komunikasi efektif dan intensitas peran kepemimpinan kepala ruang perawat terhadap pasien, maka pasien bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman.