

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

World Health Organization menyatakan bahwa sehat adalah suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan (WHO, 2015). Sejalan dengan WHO, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang menyatakan bahwa kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia dan merupakan modal setiap warga negara dan setiap bangsa dalam mencapai tujuannya dan mencapai kemakmuran. Seseorang tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya jika dia berada dalam kondisi tidak sehat. Sehingga kesehatan merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak. Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (KEMENKES RI, 2016).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 56 tahun 2014 menyatakan bahwa Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (KEMENKES RI, 2014). Peran Rumah Sakit merupakan hal yang urgen, maka dari itu mengenal Rumah Sakit tidak saja dilihat dari banyaknya pasien, namun lebih kepada manfaat dan peran serta fungsinya. Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Rumah sakit merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks dan juga komponen yang sangat penting dalam meningkatkan status kesehatan bagi masyarakat. Pengelolaan pelayanan dan asuhan keperawatan merupakan salah satu fungsi rumah sakit yang merupakan bagian dari system pelayanan kesehatan yang bertujuan mempertahankan status kesehatan masyarakat seoptimal mungkin. Rumah sakit sebagai salah satu tatanan pemberian

asuhan keperawatan kepada masyarakat yang harus mampu menyediakan berbagai jenis pelayanan kesehatan yang kompleks dan berkualitas.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit, yang mempunyai posisi yang sangat strategis dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan pemuasan konsumen yang datang ke rumah sakit. Jumlah tenaga keperawatan mendominasi tenaga kesehatan secara menyeluruh, juga sebagai penjalih kontak pertama dan terlama dengan pelanggan (pasien dan keluarganya). Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan *biologis, psikologis, sosiologis* dan *spiritual* yang *komprensif/holistik* yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik dalam keadaan sehat atau sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia yang mengacu pada standar profesional keperawatan dan menggunakan etika keperawatan sebagai tuntutan utama (Nursalam, 2015).

Undang-undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa setiap peningkatan mutu pelayanan kesehatan harus disertai dengan peningkatan mutu pelayanan keperawatan (UU Kesehatan RI, 2009). Dalam undang-undang RI No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan pasal 31 ayat 2, menjelaskan bahwa dalam menjalankan tugasnya sebagai pengelola pelayanan keperawatan, perawat berwenang : melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pelayanan keperawatan dan mengelola kasus (UU Keperawatan, 2014).

Kepala ruang merupakan manajer yang langsung berhubungan dengan kegiatan pelayanan *lower manager* dalam keperawatan harus mampu menjalankan fungsi manajemen sehingga tujuan organisasi dapat tercapai. Manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang secara simultan saling berhubungan dalam menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan yang berkualitas (Gillies, 1996; Marques & Huston, 2015). Kualitas pemberian asuhan keperawatan bagi pasien dapat dilihat dari pemberian asuhan keperawatan yang aman. Tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat tercapai apabila manajer keperawatan mampu melaksanakan fungsi manajer dengan baik.

Manajemen keperawatan merupakan pengelolaan aktivitas keperawatan oleh manajer keperawatan melalui kegiatan manajerial terhadap perawat pelaksana dalam

penyelenggaraan pelayanan keperawatan kepada pasien/ masyarakat secara profesional. Manajer keperawatan dituntut untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan, mengendalikan dan mengevaluasi sarana dan prasarana yang tersedia untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan seefisien mungkin bagi individu, keluarga dan masyarakat sesuai kode etik dan standar praktek keperawatan (Nursalam, 2011).

Dalam pelaksanaan manajemen keperawatan yang bermutu dibutuhkan seorang manajer keperawatan yang bertanggung jawab dan mampu melaksanakan manajemen keperawatan sehingga dapat menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Untuk dapat menerapkan manajemen keperawatan di ruang rawat inap diperlukan seorang kepala ruang yang memenuhi standar sebagai manajerial. Menurut Hubber (2000) seorang manajer diharapkan mampu mengelolah pelayanan keperawatan di ruang rawat inap dengan mengutamakan pendekatan manajemen keperawatan yaitu melalui fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian.

Berdasarkan hasil wawancara di RS Budiasih Serang yang sering dikeluhkan masyarakat adalah lambatnya pelayanan yang diberikan oleh perawat. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi terhadap kepala ruang dan perawat pelaksana fungsi manajemen diruangan masih belum baik, perawat bekerja apa adanya. Rendahnya penghargaan terhadap perawat, perawat pelaksana belum dilibatkan dalam perencanaan ruangan, pembagian tugas masih berupa intruksi yang bersifat sementara, belum ada bimbingan kepala ruang terhadap perawat pelaksana, pengawasan yang dilakukan oleh manajer perawat masih bersifat temporer jika ada masalah, belum dilaksanakannya Standar operasional Prosedur (SOP), dalam pemberian asuhan belum menggunakan standar asuhan keperawatan (SAK), penerapan yang selama ini dilakukan diruangan hanya berorientasi pada rutinitas saja.

Fungsi pengarahan di ruang rawat inap meliputi saling memberi motivasi, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi dan kolaborasi juga masih bervariasi dalam pelaksanaan disetiap ruang. Fungsi pengawasan keperawatan di ruang rawat inap melalui supervisi langsung seperti mengobservasi kegiatan asuhan keperawatan yang dilaksanakan perawat pelaksana, maupun supervisi tidak langsung dengan pemeriksaan dokumentasi yang ada terkait dengan aktivitas dari perawat pelaksana seperti pemeriksaan daftar hadir, catatan dokumentasi dan laporan harian perawat. Fungsi pengendalian mutu pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap berdasarkan indikator mutu, kegiatan mutu dan tindak lanjut

belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik.

Hasil wawancara dengan kepala bidang keperawatan memang belum sepenuhnya dilakukan dengan baik karena keterbatasan waktu. Hasil observasi terkait pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan perawat, perawat terlihat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan secara keseluruhan berdasarkan keluhan pasien, belum lengkapnya dan belum seragam dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Keselamatan pasien adalah suatu system yang dilaksanakan di rumah sakit untuk membuat asuhan pasien lebih aman (Permenkes No. 1691 Tahun 2011). Keselamatan pasien menjadi salah satu dimensi dalam mutu pelayanan kesehatan sebagaimana yang dipaparkan oleh Institute of Medicine (IOM, 2004), sehingga keselamatan pasien perlu dikelola dengan baik agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang berkualitas. Selain itu menurut WHO (2005) keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dalam pemberian pelayanan dan merupakan komponen yang kritical dalam manajemen. Oleh karena itu keselamatan pasien bukan hanya menjadi tanggung jawab moral perawat sebagai salah satu bagian terdepan dalam pemberian pelayanan kepada pasien tetapi juga seluruh pihak yang berada dalam rumah sakit dalam hal ini pengelola rumah sakit.

Keselamatan pasien muncul dan berkembang seiring dengan semakin bertambahnya jumlah insiden keselamatan pasien. Keselamatan pasien berfokus pada usaha untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien yang sebenarnya dapat dicegah (Raleigh, 2009). Insiden keselamatan pasien dalam Permenkes No. 1691 Tahun 2011 adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, dan kejadian potensi cedera. *Institute of Medicine* pada Tahun 1999 dalam *To Err is Human : Building a Safer Health Care System* mengemukakan bahwa 44.000 sampai 98.000 orang setiap tahunnya meninggal di rumah sakit Amerika akibat insiden keselamatan pasien padahal sebenarnya hal tersebut dapat dicegah. Kematian akibat insiden keselamatan pasien menempati urutan kedelapan penyebab kematian pasien di Amerika Serikat.

Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian pemerintah seperti yang dituangkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009. Rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan

yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif, dengan mengutamakan kepentingan pasien. Rumah sakit wajib memenuhi hak pasien memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit. Acuan bagi rumah sakit untuk pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai standar yang ditetapkan, tertuang dalam Permenkes RI Nomor No. 1691 Tahun 2011.

Mengenai data di Indonesia, angka kejadian tidak di harapkan / KTD atau kejadian nyaris cedera/ KNC (*Near Miss*) masih langka di laporkan (Depkes, 2008). Berdasarkan laporan pada tahun 2010 pada bulan Januari sampai dengan bulan April, Provinsi Jawa Barat menempati urutan pertama mengenai KTD sebesar 33,33%, Banten dan Jawa tengah 20%, DKI Jakarta 16,67%, Bali 6,67%, Jawa Timur 3,33%. Berdasarkan penyebab kejadian lebih dari 70% diakibatkan oleh tiga hal yaitu masalah prosedur, dokumentasi, dan medikasi (KKP-RS, 2010). Data-data di atas menunjukkan bahwa banyaknya masalah patient safety yang seharusnya dapat di cegah dengan penerapan standar *International Patient Safety Goal* dalam akreditasi *JCI*.

Berdasarkan data yang tercantum di atas banyak Provinsi yang tidak tercatat di Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) pada tahun 2010. Bukan berarti Provinsi yang tidak tercantum dalam laporan KKP-RS bebas dari insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien. Namun di karenakan mereka tidak mempunyai data mengenai kejadian yang berkaitan dengan keselamatan pasien atau tidak melakukan pelaporan kepada KKP-RS.

Berdasarkan laporan KKP-RS mengenai insiden keselamatan pasien periode Januari hingga April 2011 di peroleh data bahwa berdasarkan unit penyebab, 11,32% di sebabkan oleh unit keperawatan disusul oleh farmasi sebanyak 6,17% serta dokter dan sarana prasarana sebanyak 4,12%.

Insiden keselamatan pasien dapat dikurangi atau dicegah kejadiannya dengan mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien. Sebelumnya telah dipaparkan bahwa program keselamatan pasien merupakan program yang dilaksanakan untuk mengurangi dan mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien. Dalam Panduan Nasional Keselamatan Pasien Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2006 dipaparkan bahwa tujuan dari pelaksanaan keselamatan pasien salah satunya adalah untuk menurunkan angka kejadian tidak diinginkan (KTD) di rumah sakit. *Institute of Medicine* (1999) juga mengemukakan bahwa untuk mengurangi insiden keselamatan pasien

perlu dilakukan peningkatan program keselamatan pasien. Program keselamatan pasien akan membuat petugas sulit melakukan kesalahan dan mudah melakukan yang benar (IOM, 1999). Ballard (2003) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan komponen penting dan vital dalam asuhan yang berkualitas. Keselamatan pasien juga merupakan salah satu indikator yang mempengaruhi mutu rumah sakit.

Selain dipengaruhi oleh pelaksanaan program keselamatan pasien, Insiden keselamatan pasien juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. WHO dalam *Human factors in Patient Safety : Review of Topics and Tools* pada tahun 2009 mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi insiden keselamatan pasien. WHO mengembangkan empat kategori faktor yang sangat berhubungan dengan penyebab insiden keselamatan pasien. Kategori faktor individu yang terdiri atas kewaspadaan situasi, pengambilan keputusan, stres, dan kelelahan. Kategori faktor kerja tim yang terdiri atas kerja tim dan supervisi. Kategori faktor organisasi dan manajemen terdiri atas budaya keselamatan, kepemimpinan manajer, dan komunikasi.

Penerapan program keselamatan pasien lebih efektif dibandingkan dengan faktor-faktor lain dalam menurunkan angka kejadian insiden keselamatan pasien. Lima tahun setelah laporan IOM (1999), keselamatan pasien telah menjadi salah satu prioritas utama pelayanan kesehatan dan diupayakan secara ekstensif dari tingkat global sampai sistem mikro.

Perubahan yang patut disyukuri, yaitu kesadaran global akan sebuah rumah sakit untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program keselamatan pasien itu sendiri. Raj Behal (2004) dalam *The Patient Safety Handbook* menjelaskan bahwa keberhasilan pelaksanaan program keselamatan pasien oleh staf di rumah sakit dapat dipengaruhi oleh beberapa komponen. Salah satu komponen tersebut adalah budaya keselamatan pasien. Penelitian mengenai budaya keselamatan pasien dan pengaruhnya bagi program keselamatan pasien telah dilakukan oleh beberapa tokoh. Penelitian *Nygren et al.*, (2013) menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien menjadi faktor pendukung dalam meningkatkan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien akan mendorong pelaporan insiden dan menghilangkan kebiasaan *blame* atau menyalahkan ketika terjadi insiden keselamatan pasien. Penelitian serupa juga dilakukan oleh McCaughan D. (2013), hasil penelitiannya memperlihatkan bahwa komponen kunci budaya keselamatan pasien yaitu kepemimpinan, kerjasama, dan belajar dari kesalahan berperan besar terhadap keselamatan

pasien.

Penerapan program keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan program keselamatan pasien mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dan dari *Joint Commission International* (JCI). Sasaran keselamatan pasien terdiri atas enam sasaran, yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*), kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko jatuh.

Rumah sakit perlu meningkatkan mutu pelayanan untuk mengembalikan kepercayaan masyarakat diantaranya melalui Program Keselamatan Pasien dimana *World Health Organization* (WHO) telah memulainya pada tahun 2004. Di Indonesia Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (GKPRS) dicanangkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada 21 Agustus 2005. Setiap rumah sakit membentuk tim keselamatan pasien rumah sakit. Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah suatu sistem yang mencegah terjadinya cedera yang disebabkan kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).

Implementasi keselamatan pasien harus dimulai dari pemimpin, hal ini sejalan seperti yang diungkapkan oleh National Quality Forum (NQF), 2006 yaitu peran pemimpin senior merupakan elemen kunci untuk merancang, mereboisasi, dan memelihara budaya keselamatan, kepemimpinan sebagai subkultur penting. Kepala ruangan merupakan manajer keperawatan yang langsung berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan pada pasien. Kepala ruang sebagai lower manager diharapkan menjalankan seluruh fungsi manajemen sehingga lingkungan dan kondisi kerja akan mendukung pelayanan keperawatan dalam mencapai keselamatan bagi pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Anwar, 2016 menunjukkan ada hubungan bermakna antara fungsi manajemen kepala ruang pada perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, dan pengendalian dengan penerapan keselamatan pasien. Tidak ada hubungan yang signifikan antara fungsi pengarahan kepala ruang dengan penerapan keselamatan pasien. Kepala ruang perlu untuk selalu meningkatkan fungsi pengarahan dan

pengendalian dalam upaya membudayakan keselamatan pasien sehingga akan terciptanya kualitas keselamatan pasien.

Membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah kewajiban dan tanggung jawab seluruh staf yang bekerja di rumah sakit lebih utamanya para tenaga medis yang berhubungan langsung dengan pasien seperti dokter dan perawat. Perawat merupakan tenaga profesional yang berperan penting dalam fungsi rumah sakit. Hal tersebut didasarkan atas jumlah tenaga perawat sebagai porsi terbesar dalam rumah sakit. Dalam menjalankan fungsinya, perawat merupakan staf yang memiliki kontak terbanyak dengan pasien. Perawat juga merupakan bagian dari suatu tim, yang di dalamnya terdapat berbagai profesi lain seperti dokter. Luasnya peran perawat memungkinkannya untuk menemukan dan mengalami risiko kesalahan pelayanan (Beginta, 2012).

Berdasarkan laporan IKP tahun 2011 Triwulan I jumlah laporan insiden pelanggaran *patient safety* sebesar 11,23% dilakukan di unit keperawatan, sebesar 6,17% di unit farmasi, dan 4,12% oleh dokter. Perawat harus menyadari perannya sehingga harus dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan *patient safety*. Perawat juga memiliki kewajiban membuat laporan mengenai insiden keselamatan pasien. Pelayanan keperawatan berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Penelitian tentang budaya keselamatan pasien yang dilakukan oleh Hamdani (2007) tentang analisis budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Jakarta didapatkan bahwa perawat sebagai komponen tenaga kesehatan yang paling berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien. Hal hal tersebut menempatkan peran perawat sebagai komponen penting dalam membangun budaya keselamatan pasien.

RS Budiasih Serang adalah salah satu RSU di Serang yang berdiri dari tahun 1999 yang lalu dan saat ini sudah terakreditasi nasional KARS pada tahun 2018, dengan predikat akreditasi Perdana no akreditasi KARS- SERT/302/XII/2018.

Sejak awal berdiri tahun 2002 sampai sekarang terjadi peningkatan jumlah pasien rawat, sehingga mutu pelayanan rumah sakit juga perlu ditingkatkan terutama pelayanan keperawatan karena perawat adalah sumber daya rumah sakit yang paling banyak berinteraksi dengan pasien.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, tiap bulan diadakan rapat rutin perawat yang dipimpin oleh dokter penanggung jawab ruangan dan kepala perawat. Rapat rutin



tersebut membahas keluhan-keluhan pasien dan setiap permasalahan yang ada serta berusaha mencari solusinya. Kadang juga menyosialisasikan cara pemakaian alat-alat baru kepada perawat dengan mengundang tenaga yang ahli di bidangnya, seperti pemakaian EKG Monitor, alat kejut jantung, *syringe pump*, dan lain-lain. Peningkatan mutu juga dilakukan dengan pengadaan seminar-seminar kesehatan dan pemberian ijin belajar bagi SDM rumah sakit.

Sistem penugasan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien rawat inap di RS Budi Asih memakai model primer, yang mana perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan. Ada 1 orang perawat paling senior yang bertugas sebagai kepala perawat, bertanggung jawab mengatur manajemen tugas keperawatan di RS tersebut. Masing-masing bangsal rawat inap mempunyai kepala ruang yang membawahi 7 – 8 orang staf perawat. Untuk kepala perawat dan masing-masing kepala ruang bertugas di pagi hari, sedangkan staf perawat di masing-masing ruangan terbagi menjadi 3 shift. Jadi masing-masing shift yang bertugas 2 orang perawat, dan bertanggung jawab terhadap pelayanan keperawatan semua pasien yang ada di ruangan tersebut berapapun jumlahnya.

Berdasarkan BOR rumah sakit dan jumlah tenaga perawat yang cukup sedikit, menyebabkan munculnya keluhan dari pasien terhadap pelayanan keperawatan di bangsal rawat inap. Pemberian asuhan keperawatan dirasa kurang memuaskan pasien. Ini dapat ditunjukkan dari hasil wawancara yang pernah dilakukan terhadap beberapa subyek, bahwa subyek kurang merasa puas terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh pihak RS Budi Asih, misal perawat tidak segera datang apabila pasien membutuhkan, kurang teratur dalam menjenguk atau melihat kondisi pasien. Dari hasil ini dapat disimpulkan juga bahwa tingkat kualitas pelayanan asuhan keperawatan tergolong rendah. Berdasarkan fenomena tersebut di atas maka perlu upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang dapat memuaskan pasien/klien.

RS Budiasih telah memiliki Komite Keselamatan Pasien yang ditetapkan sejak tahun 2016 yang menangani sistem keselamatan pasien di RS Budiasih. Komite Keselamatan Pasien RS Budiasih juga memiliki program dan kegiatan dalam menjamin keselamatan pasien di RS Budiasih. Namun insiden keselamatan pasien masih terjadi di RS Budiasih, Berdasarkan data terakhir dari Komite Keselamatan Pasien RS Budiasih insiden keselamatan pasien bulan Januari tahun 2016 menyebutkan ada 3 KNC (Kejadian Nyaris Cedera), 1 KTD, dan 1 kejadian sentinel di RS Budiasih. Sebagian besar insiden keselamatan pasien yang dilaporkan terjadi di

Unit Rawat Inap RS Budiasih.

Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang tercantum di Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008, bahwa rumah sakit tidak boleh ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan maupun kematian. Sedangkan di RS Budiasih berdasarkan data insiden keselamatan pasien pada bulan Januari tahun 2016 menunjukkan ada 1 KTD yaitu pasien jatuh yang mengakibatkan kematian, 3 KNC, dan 1 kejadian sentinel.

Pelaporan kejadian insiden keselamatan pasien di RS Budiasih juga mengalami kekosongan yang cukup lama yaitu pada bulan Januari 2014– Januari tahun 2016. Hal tersebut menggambarkan tidak berjalannya sistem keselamatan pasien yang berakibat pada lemahnya budaya pelaporan kejadian keselamatan pasien pada perawat di RS Budiasih. Pelaporan kejadian keselamatan pasien juga merupakan salah satu dari dimensi budaya keselamatan pasien.

Melihat adanya masalah keselamatan pasien di RS Budiasih dan pentingnya penerapan keselamatan pasien di rumah sakit, maka peneliti ingin mengukur budaya keselamatan pasien pada perawat di unit Rawat Inap Kelas III RS Budiasih pada tahun 2018. Pengukuran budaya keselamatan pada penelitian ini menggunakan *Hospital Survey on Patient Safety Culture* yang dikeluarkan oleh AHRQ karena beberapa alasan diantaranya survei ini dapat digunakan untuk umum, instrumen yang digunakan didesain untuk semua kalangan, survei ini reliabel dan valid (AHRQ, 2004) RS Budiasih mempunyai kapasitas 110 tempat tidur dengan BOR 46,25% pada tahun 2018.

Sedangkan hasil wawancara peneliti dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RS Budiasih, peneliti mendapat informasi bahwa di RS Budiasih sudah sejak tahun 2016 sudah memulai kegiatan keselamatan pasien yang meliputi: (1) Sudah di buat Kebijakan dan prosedur terkait pelaksanaan standar keselamatan pasien sudah diperbaharui berdasarkan pada Permenkes no 11 tahun 2017; (2) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) sudah berdiri sejak tahun 2016; (3) Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien sudah ada walau masih manual; (4) Sudah dapat dilaksanakan penilaian kinerja terkait keselamatan pasien baik berupa indikator klinis maupun manajerial yang sudah di monitoring, dievaluasi dan dipresentasikan dalam rapat koordinasi; (5) *Risk register* baru di buat oleh komite mutu dan belum dibuat oleh unit setiap tahun, dalam bentuk *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA), *Infection Control Risk Analysis* (ICRA) belum rutin di buat oleh Komite Pencegahan

Pengendalian Infeksi (KPPI); (6) Dalam uraian tugas untuk pimpinan rumah sakit sudah tercantum bahwa pimpinan wajib menjaga mutu dan keselamatan pasien; (7) Pelatihan mutu dan keselamatan pasien sudah dilakukan mulai dari karyawan baru.

Melihat fenomena dan data-data di atas, maka peneliti ingin meneliti **bagaimana analisis kepemimpinan kepala ruangan terhadap penerapan asuhan keperawatan dan sasaran keselamatan pasien rawat inap sebagai variabel intervening di RS Budiasih.**

## **B. Identifikasi Masalah**

1. Menurunnya kepatuhan dalam penerapan proses asuhan keperawatan di rawat inap RS Budiasih, artinya belum semua perawat paham dan bisa melaksanakan laporan IKP di rawat inap.
2. Rendahnya Pemahaman penerapan 6 Sasaran Keselamatan Pasien baru terlaksana 50% dari jumlah perawat yang ada (177 orang), sehingga kemampuan memahami dan menjalankan pelaporan IKP belum sesuai dengan yang diharapkan 100% form terisi dan pasien tidak ditemukan jatuh selama perawatan atau insiden yang lainnya.
3. Peran Kepala ruangan yang belum maksimal dalam memberikan pengarahan, bimbingan dan supervise langsung dilapangan terhadap perawat pelaksana.

## **C. Pembatasan Masalah**

Penelitian ini berfokus pada perawat dan bidan yang bertugas di rawat inap RS Budiasih, yang sudah bekerja minimal 1 tahun dan sudah mendapatkan pelatihan keselamatan pasien. Penelitian ini dilakukan mengacu pada variabel yang ada yaitu: manajemen asuhan keperawatan, peran kepemimpinan kepala ruangan, dan implementasi sasaran keselamatan pasien.

## **D. Rumusan Masalah**

1. Apakah terdapat pengaruh kepemimpinan kepala ruangan terhadap penerapan manajemen asuhan keperawatan di RS Budiasih?
2. Apakah terdapat pengaruh kepemimpinan kepala ruangan terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di RS Budiasih?
3. Apakah terdapat pengaruh penerapan manajemen asuhan keperawatan terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di RS Budiasih?

## **E. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum:**

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk menganalisa pengaruh kinerja kepemimpinan kepala ruangan terhadap penerapan asuhan keperawatan dan sasaran keselamatan pasien pasien rawat inap sebagai variabel *intervening*.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk menganalisis pengaruh kepemimpinan kepala ruangan terhadap penerapan asuhan keperawatan;
- b. Untuk menganalisis pengaruh kepemimpinan kepala ruangan terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien;
- c. Untuk menganalisis pengaruh penerapan asuhan keperawatan terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien;

## **F. Manfaat Hasil Penelitian**

### **a) Manfaat Teoritis**

Adapun manfaat teoritis dalam penelitian ini diharapkan akan dapat memberikan kontribusi pada pengembangan ilmu manajemen khususnya Manajemen Sumber Daya Manusia. Selain itu, diharapkan dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya.

### **b) Manfaat Praktis**

#### **1) Bagi penulis;**

Hasil penelitian ini merupakan salah satu yang bermanfaat dalam menambah wawasan dan ilmu pengetahuan, khususnya mengenai pengaruh peran kepemimpinan kepala ruangan terhadap penerapan asuhan keperawatan dan sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap di RS Budiasih.

#### **2) Bagi RSU Budiasih;**

Dapat memberikan informasi dan menjadi masukan untuk peningkatan penerapan asuhan keperawatan sehingga akan meningkatkan kinerja tenaga perawat, dan dapat dijadikan dasar untuk pembuatan kebijakan bagi pengembangan kinerja tenaga perawat

melalui perspektif pemenuhan kepuasan kerja perawat.

**3) Bagi pihak lain;**

Hasil penelitian ini nantinya akan menjadi bahan informasi yang sangat berguna bahwa betapa pentingnya menciptakan sasaran keselamatan pasien dalam suatu manajemen rumah sakit sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan, serta dapat dijadikan sebagai bahan referensi atau literatur untuk para peneliti lanjutan baik mengenai judul maupun tema yang sama.