

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit sebagai salah satu institusi penyelenggara pelayanan kesehatan dituntut untuk memperhatikan masalah keselamatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan lima isu penting terkait keselamatan dirumah sakit, yaitu keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan kesehatan dirumah sakit yang dapat berdampak kepada keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*), dan keselamatan bisnis rumah sakit (KKPRS, 2005).

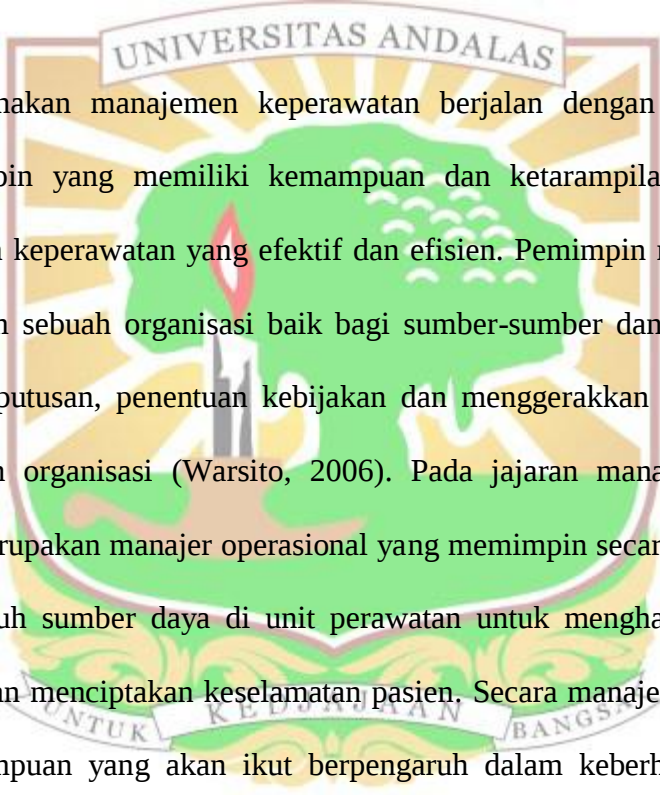
Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan hal utama dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan yang bermutu tidak cukup dinilai dari kelengkapan teknologi, sarana prasarana yang canggih dan petugas kesehatan yang profesional, melainkan perlu dilihat proses pelayanan dan hasil pelayanan yang diberikan. Proses dan hasil pelayanan tersebut harus mampu memberikan jaminan bagi pelanggan sehingga terbebas dari risiko dan menggambarkan mutu pelayanan yang berkualitas di rumah sakit (Cahyono, 2008). Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat suatu asuhan menjadi lebih aman, sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan kesalahan dalam melakukan tindakan, atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Mutu pelayanan yang berkualitas dan keselamatan pasien berakar pada

pekerjaan sehari-hari setiap profesional perawat dalam memberikan pelayanan (Depkes, 2008).

Dalam memberikan layanan keperawatan yang berkualitas perawat selalu berusaha berupaya untuk memenuhi harapan pasien, dengan demikian pasien akan selalu puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh seorang perawat, untuk mendapatkan layanan keperawatan yang berkualitas diperlukan manajemen keperawatan yang baik pula. Perawat sebagai pemberi pelayanan merupakan ujung tombak dari pelayanan rumah sakit, hal itu disebabkan perawat yang selalu berinteraksi dengan pasien selama 24 jam. Salah satu yang dapat mempengaruhi kualitas dari pelayanan dan keselamatan pasien adalah manajemen yang ada di rumah sakit, hal tersebut dikarenakan manajemen merupakan salah satu roda penggerak dalam menjalankan rumah sakit (Nursalam, 2012).

Menurut studi yang telah dilakukan, Woke menyebutkan bahwa manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit terintegrasi dengan pelayanan kesehatan yang lain, karena sasaran yang ingin dicapai adalah pasien. Pelayanan keperawatan diberbagai negara relatif sama, hanya saja di Indonesia memiliki keunikan tersendiri dikarenakan faktor kemajemukan dari pendidikan perawat. Kemajemukan tersebut yang telah mempengaruhi pada sistem pelayanan keperawatan, dan pada akhirnya akan berdampak pada tidak konsistennya pelayanan keperawatan yang diberikan termasuk dalam hal ini adalah keselamatan pasien (Supratman dan Sudaryanto, 2008). Fungsi manajemen belum sepenuhnya mampu diperankan oleh perawat di

Indonesia. Salah satu fungsi manajemen adalah *directing* dimana kegiatan supevisi keperawatan termasuk di dalamnya, fakta menunjukkan pelaksana supervisi dan kepemimpinan keperawatan di berbagai rumah sakit belum optimal. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Mularso (2006) dalam (Supratman dan Sudaryanto, 2008). Menemukan bahwa kegiatan supervisi lebih banyak pada kegiatan pengawasan, bukan pada kegiatan bimbingan, observasi dan penilaian



Supaya pelaksanaan manajemen keperawatan berjalan dengan baik diperlukan seorang pemimpin yang memiliki kemampuan dan ketarampilan kepemimpinan dalam pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien. Pemimpin merupakan motor penggerak dalam sebuah organisasi baik bagi sumber-sumber dan alat-alat melalui pengambilan keputusan, penentuan kebijakan dan menggerakkan orang lain untuk mencapai tujuan organisasi (Warsito, 2006). Pada jajaran manajer keperawatan, kepala ruang merupakan manajer operasional yang memimpin secara langsung dalam mengelola seluruh sumber daya di unit perawatan untuk menghasilkan pelayanan yang bermutu dan menciptakan keselamatan pasien. Secara manajerial, kepala ruang memiliki kemampuan yang akan ikut berpengaruh dalam keberhasilan pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien (Aditama, 2004).

Sistem kesehatan dunia menerapkan paradigma pelayanan kesehatan menuju keselamatan pasien (*patient safety*). Paradigma keselamatan pasien menjadi salah satu penilaian untuk mengetahui mutu pelayanan di rumah sakit. Berdasarkan hal tersebut adanya pencanangan Gerakkan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit oleh Menkes-

PERSI pada Juni 2005 (PERSI, 2005). Sejalan dengan hal ini sejak Januari tahun 2008 program keselamatan pasien telah menjadi satu bagian dalam standar akreditasi rumah sakit (PERSI, 2008).

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Patient Safety Solutions* dari WHO (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan dari *Joint Commission International* (JCI). Sasaran keselamatan pasien diharapkan dapat mencegah atau mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien (Kemenkes, 2011).

Sasaran keselamatan pasien meliputi: ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat operasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan resiko infeksi dan pengurangan resiko jatuh (Kemenkes, 2011). Enam sasaran tersebut merupakan panduan untuk peningkatan keselamatan pasien. Dalam pelaksanaannya keselamatan pasien tersebut tidak terlepas dari pelayanan keperawatan yang didapatkan oleh pasien, menurut Gillies (2000) bahwa sekitar 40-60% pelayanan di rumah sakit merupakan pelayanan keperawatan, fenomena ini menunjukkan bahwa pelayanan keperawatan merupakan bagian pelayanan kesehatan yang penting dalam menentukan keberhasilan suatu pelayanan kesehatan dan juga keselamatan pasien yang akan berujung kepada akreditasi rumah sakit.

Saat ini masyarakat memiliki kesadaran yang tinggi akan pentingnya kesehatan dan menuntut tersedianya pelayanan yang bermutu dan menjamin keselamatan pasien. Upaya keselamatan pasien bertujuan untuk dapat mengurangi angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Apabila tingginya angka KTD dan KNC akan memberikan dampak bagi rumah sakit yaitu bertambahnya lama hari perawatan pasien dan tentunya akan terjadi peningkatan pengeluaran biaya perawatan. Selain daripada itu juga dapat menimbulkan konflik antara dokter atau petugas keperawatan dan pasien berupa tuntutan hukum sebagai akibat keluarga pasien tidak menerima kejadian yang berujung pada ketidakselamatan pasien (Kemenkes, 2008).

Penerapan keselamatan pasien menurut *The American Hospital Association (AHA) Board of Trustees* (2000) kenyataannya dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah KTD yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian pihak rumah sakit (AHA, 2000).

Berdasarkan data *World Alliance for Patient Safety, Forward Programme WHO* (2004) menyatakan keselamatan adalah prinsip dasar dari perawatan pasien dan komponen penting dari kualitas manajemen (*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of quality management*). Data kecelakaan pada pasien yang meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Rumah Sakit yang

menggambarkan keselamatan pasien di berbagai negara menunjukan angka 3 – 16%. Padahal berdasarkan indikator yang ditetapkan tidak boleh terdapat kecelakaan kerja di rumah sakit (WHO, 2004).

Menurut laporan dari IOM (*Institute of Medicine*) di Amerika tahun 2000 secara terbuka menyatakan bahwa paling sedikit 44.000 bahkan 98.000 pasien meninggal di rumah sakit dalam satu tahun akibat dari kesalahan medis (*medical errors*) yang sebelumnya bisa dicegah, keadaan ini menyebabkan tuntutan hukum yang dialami rumah sakit semakin meningkat. Negara bagian Utah dan Colorado ditemukan kejadian tidak diharapkan (KTD) sebanyak 2,9%, 6,6% diantaranya menyebabkan kematian, sementara di New York ditemukan KTD sebesar 3,7 % dengan angka kematian mencapai 13.6%. Hal serupa juga ditemukan pada Amerika, Australia, Denmark, New Zealand, Canada dan Perancis dari tahun 1975 sampai tahun 2002 yang menemukan rata-rata KTD sebanyak 38,2% (Emlise, 2005).

Joint Comission International (JCI, 2013), melaporkan terdapat 1099 rumah sakit yang mendapat penghargaan untuk masuk *Top Perfomance on Key Quality Measure*. Rumah sakit tersebut telah menerapkan *prinsip safety* dalam melakukan pelayanan kepada pasien. Di Indonesia, data dari Depkes (2008) menyatakan bahwa dari 1292 rumah sakit sampai tahun 2007 hanya sebanyak 641 (49,6%) rumah sakit yang dinyatakan lulus terakreditasi. Hingga Maret 2014, rumah sakit yang telah terakreditasi Versi 2012 berjumlah 32 rumah sakit di Indonesia (2,5%). Hal ini

menggambarkan masih rendahnya rumah sakit yang lulus akreditasi, salah satu penyebabnya adalah rendahnya penilaian pada keselamatan pasien.

Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia terdapat 145 insiden keselamatan pasien terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) 46%, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 48% dan lain-lain 6%. Kesalahan dalam proses pelayanan disebabkan oleh berbagai hal, diantaranya proses pelayanan disebabkan oleh petugas (85%) dan peralatan (15%). Hal ini menggambarkan bahwa petugas memiliki peran penting dalam menjaga keselamatan pasien, padahal keselamatan pasien merupakan salah satu komponen akreditasi rumah sakit yang perlu menjadi perhatian semua pihak (Kongres PERSI, 2007).

Rumah Sakit M. Djamil merupakan RS tipe B plus Pendidikan dengan kapasitas tempat tidur 800, memiliki sumber daya perawat sekitar 809 orang dengan beragam kualifikasi pendidikan dan pengalaman. RS Dr. M Djamil menuju akreditasi JCI yang mengutamakan keselamatan pasien yang di dalamnya tidak terlepas dari pengembangan sumber daya keperawatan. Data indikator mutu pelayanan terkait dengan keperawatan pada November 2013 s/d Februari 2014 di dapatkan untuk parameter keselamatan pasien dengan angka kejadian dekubitus 1,3%, angka KTD dalam pemberian obat 0,34% dengan standarnya 0%, angka KNC dalam pemberian obat 0,88% dengan standarnya 0%, angka kejadian pasien jatuh 0,18% dengan standarnya 0%, angka kejadian cedera akibat restrain 0,49% dengan standarnya 0% (Profil RSUP. Dr. M. Djamil, 2014).

Dalam organisasi pelayanan kesehatan, instrumen penilaian kinerja yang efektif bagi tenaga profesional sangat penting dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang efektif. Gibson (1987) menyampaikan bahwa variabel dalam organisasi berefek terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi diantaranya adalah sub variabel kepemimpinan yang berpengaruh terhadap peningkatan kinerja individu serta sub variabel supervisi yang berhubungan dengan kinerja individu. Salah satu kinerja yang menjadi perhatian adalah penerapan keselamatan pasien oleh perawat (Ilyas, 2002).

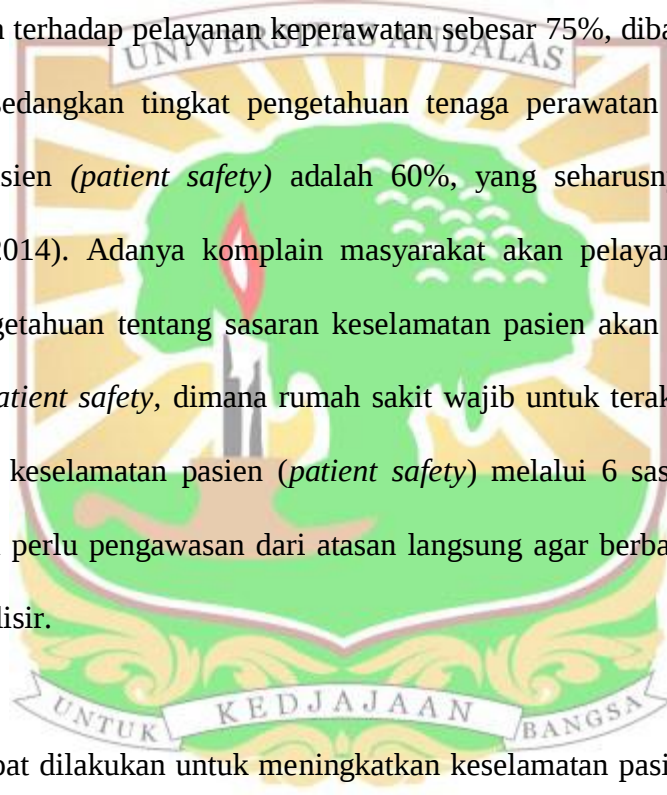
Kinerja pegawai merupakan hasil kerja perseorangan dalam suatu organisasi (Kurniadi, 2013). Aspek kinerja SDM ini sangat diperlukan dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit. Penerapan sistem ini sangat dipengaruhi oleh kinerja individu yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja organisasi. Perawat sebagai salah satu komponen SDM sangat penting dalam penerapan keselamatan pasien di rumah sakit. Kinerja karyawan merupakan hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2009). Disamping faktor-faktor yang organisasi yang meliputi manajemen dalam hal ini supervisi dan kepemimpinan yang berpengaruh terhadap kinerja, faktor-faktor karakteristik individu perlu diperhatikan untuk penerapan keselamatan pasien.

Jika dilihat berdasarkan ketenagaannya, tenaga keperawatan di rumah sakit merupakan tenaga strategis, dari 1217 Pegawai Negeri Sipil (PNS) di RSUP Dr.M.Djamil Padang, 621 orang diantaranya merupakan tenaga keperawatan, dengan variasi tingkat pendidikan SPK hingga strata 2 (S2) Keperawatan. Kegiatan pelayanan keperawatan yang termasuk ke dalam *core* produk layanan kesehatan di rumah sakit, akan berkontribusi menentukan citra rumah sakit di mata masyarakat / pelanggan (RSUP Dr.M.Djamil Padang, 2014). Sesuai dengan tuntutan masyarakat, harus diimbangi dengan kualitas pelayanan serta supervisi pimpinan. Dengan supervisi memungkinkan manajer keperawatan dapat menemukan berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang berorientasi pada mutu pelayanan keperawatan (Kuntoro, 2010). Dari laporan pelaksanaan supervisi Bidang Keperawatan, dari 667 laporan status pasien yang dievaluasi, pencapaian rata – rata pendokumentasian yang lengkap hanya 78%, tidak lengkap sebanyak 22%. Padahal target pendokumentasian yang harus dilakukan adalah 100%. Pendokumentasian perawat yang lengkap berhubungan dengan kelengkapan identitas dan identifikasi pasien, sehingga pada saat serah terima pasien antar perawat terdapat komunikasi yang benar, hal ini merupakan indikator pada keselamatan pasien yang harus diterapkan.

Pasien yang datang ke rumah sakit tidak hanya mengharapkan kesembuhan tapi juga keselamatan, kenyamanan dan kepuasan. Masyarakat menilai rumah sakit tidak hanya dari aspek pelayanan medis, termasuk pelayanan keperawatan dan tingkat kepuasan pasien sangat bergantung pada profesionalisme perawat dalam memberikan

pelayanan asuhan keperawatan (Anugrahini, 2006). Dari laporan pengaduan masyarakat / komplain atas pelayanan di RSUP Dr.M.Djamil Padang pada semester II 2014 didapatkan dua komplain tertinggi diantaranya adalah pelayanan medis (9,2%) pelayanan keperawatan (13,2%).

Hasil survei kepuasan pasien di RSUP Dr.M.Djamil tahun 2014 didapatkan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sebesar 75%, dibandingkan standar sebesar 90%, sedangkan tingkat pengetahuan tenaga perawatan terhadap sasaran keselamatan pasien (*patient safety*) adalah 60%, yang seharusnya 100% (RSUP Dr.M.Djamil, 2014). Adanya komplain masyarakat akan pelayanan keperawatan, kurangnya pengetahuan tentang sasaran keselamatan pasien akan berkaitan dengan implementasi *patient safety*, dimana rumah sakit wajib untuk terakreditasi termasuk dengan sasaran keselamatan pasien (*patient safety*) melalui 6 sasaran keselamatan pasien sehingga perlu pengawasan dari atasan langsung agar berbagai permasalahan dapat diminimalisir.



Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit adalah dengan mengacu kepada standar keselamatan pasien dimana rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses-proses pelayanan yang mendukung keselamatan pasien, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien (AHA, 2000).

Keselamatan pasien dipengaruhi oleh penerapan standar keselamatan pasien yang didukung oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi. Faktor yang berkontribusi terhadap hal ini menurut Henriksen (2008) meliputi faktor karakteristik individu dari petugas kesehatan, sifat dasar pekerjaan, lingkungan fisik, faktor penyatuan sistem dengan manusia (*human system interfaces*), faktor organisasi atau lingkungan sosial dan faktor manajemen. Faktor karakteristik individu petugas kesehatan meliputi keterampilan, tingkat pendidikan, pengetahuan, dan pengalaman kerja. Faktor manajemen meliputi ketenagaan, struktur organisasi, penjadwalan, ketersediaan sumber dana dan komitmen terhadap kualitas.

Tingkat pendidikan formal perawat akan mempengaruhi sikap dan perilaku perawat dalam menerima informasi terutama dalam hal ini adalah keselamatan pasien karena pendidikan berkaitan dengan kemampuan menerima informasi (Henriksen, 2008). Hasil penelitian Kurniadi (2013), menyatakan tingkat pendidikan berhubungan dengan keselamatan pasien dengan nilai $p < 0,05$. Penelitian Nurmala (2012) didapatkan hasil terdapat pengaruh tingkat pendidikan dengan keselamatan pasien dengan nilai $p < 0,05$.

Usia dapat menjadi faktor yang menyebabkan penurunan produktifitas dalam bekerja, sehingga hasil kerja menjadi tidak optimal. Usia yang telah memasuki > 35 tahun cenderung memiliki produktifitas yang rendah dibandingkan < 35 tahun (Sarwono, 2011). Jika dilihat juga berdasarkan jenis kelamin, perawat perempuan dalam memberikan asuhan keperawatan lebih teliti dan sabar dalam melakukan pekerjaan

dibandingkan pria, karena psikologi perempuan membuat pekerja perempuan memberikan asuhan yang empati kepada pasien dibandingkan pria. Hasil penelitian Kurniadi (2013), menyatakan karakteristik individu meliputi usia, jenis kelamin berhubungan dengan keselamatan pasien dengan nilai $p < 0,05$.

Selain daripada itu masa kerja juga menjadi dasar untuk penerapan keselamatan pasien, seseorang yang memiliki masa kerja dan pengalaman kerja yang lebih banyak akan terbiasa dengan menerapkan standar keselamatan dibandingkan pekerja yang baru, hal ini karena didukung oleh berbagai kasus dan permasalahan keperawatan yang ditemukan di rumah sakit (Sarwono, 2011). Hasil penelitian Kurniadi (2013), menyatakan karakteristik individu meliputi masa kerja berhubungan dengan keselamatan pasien dengan nilai $p < 0,05$.

Disamping karakteristik individu kepemimpinan merupakan faktor penting dalam organisasi dan menjadi faktor penentu bagi keberhasilan organisasi dalam melaksanakan visi dan misi, karena dengan adanya kepemimpinan pegawai merasa diarahkan dan dibimbing dalam melakukan pekerjaannya, sehingga pegawai berusaha maksimal untuk mencapai hasil kerja yang telah ditetapkan (Kurniadi 2013). Penelitian Anugrahini (2010) didapatkan hasil terdapat hubungan yang bermakna antara kepemimpinan terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien dengan nilai $p < 0,05$.

Supervisi sebagai bagian dari fungsi kepemimpinan yang meliputi pengarahan yang berperan untuk mempertahankan agar kegiatan dapat dilaksanakan dengan baik dan memungkinkan manajer keperawatan menemukan berbagai kendala dalam pelaksanaan keselamatan pasien bersama dengan pelaksana keperawatan mencari jalan pemecahannya (Gillies, 1996). Penelitian Nurmala (2012) didapatkan hasil terdapat pengaruh dari pelaksanaan program supervisi dan monitoring terhadap penerapan budaya keselamatan pasien dengan nilai $p < 0,05$

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan terhadap 10 tenaga perawatan di ruang rawat inap diketahui 3 orang perawat dari 10 perawat (30%) memiliki tingkat pendidikan SPK, 5 orang (50%) memiliki masa kerja ≥ 5 tahun, 6 orang (60%) berjenis kelamin perempuan serta memiliki umur ≥ 30 tahun, 5 orang (50%) belum mendapatkan pelatihan keselamatan pasien, 6 orang (60%) memiliki kinerja yang kurang baik dalam hal ini penerapan keselamatan pasien berupa identifikasi pasien, komunikasi yang efektif. Pada sasaran peningkatan keamanan obat sebanyak 7 orang (70%) perawat belum menerapkan secara benar terkait pengawasan Efek Samping Obat, perawat tidak melaporkan kejadian Efek Samping Obat ke unit Farmasi melainkan hanya kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) saja , pada sasaran pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan sebanyak 5 (50%) belum menerapkan *Hand Hygiene* sesuai standar dan risiko jatuh pasien. Selain daripada itu 5 orang (50%) menyatakan kepemimpinan yang diterima berupa kepala ruangan kurang melakukan pengarahan kepada perawat dalam asuhan keperawatan sedangkan supervisi kepala ruangan dalam hal ini manajer keperawatan, perawat

mengeluarkan kepala ruangan kurang dalam melakukan latihan atau bimbingan dan pemberian informasi yang diperlukan oleh pelaksana keperawatan.

Berdasarkan uraian diatas peneliti telah melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP.

Dr. M. Djamil Padang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah diatas, maka dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut bagaimana faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diketahuinya distribusi frekuensi penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang



1.3.2.2 Diketahuinya distribusi frekuensi karakteristik perawat (usia, pendidikan, jenis kelamin, masa kerja, dan pelatihan) di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang

1.3.2.3 Diketahuinya distribusi frekuensi supervisi di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

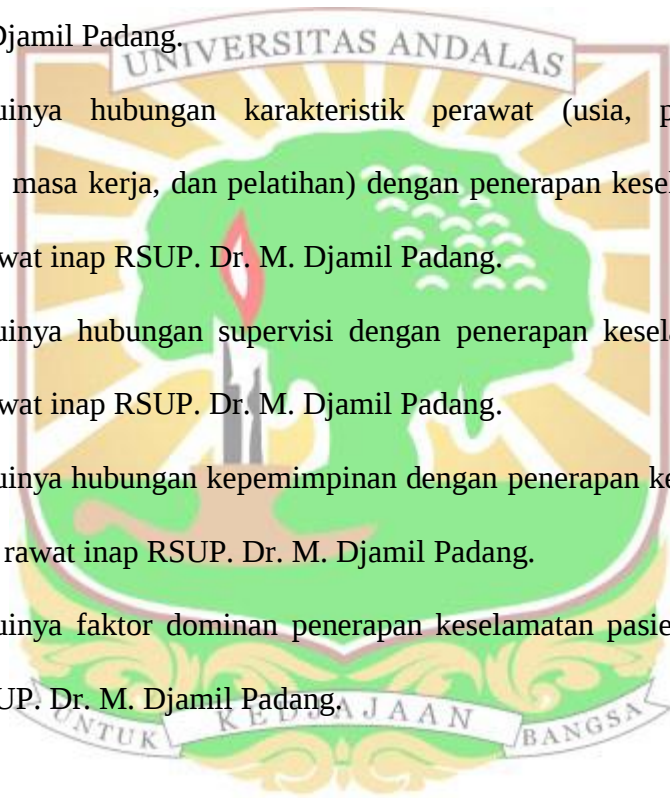
1.3.2.4 Diketahuinya distribusi frekuensi kepemimpinan di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

1.3.2.5 Diketahuinya hubungan karakteristik perawat (usia, pendidikan, jenis kelamin, masa kerja, dan pelatihan) dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

1.3.2.6 Diketahuinya hubungan supervisi dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

1.3.2.7 Diketahuinya hubungan kepemimpinan dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

1.3.2.8 Diketahuinya faktor dominan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang.



1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Instalasi Penelitian

Penelitian ini memberikan gambaran tentang penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang merupakan satu-satunya rumah sakit rujukan yang ada di Sumatera Barat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, yang seharusnya memperhatikan

kebutuhan pasien. Hasil penelitian ini nanti diharapkan dapat dijadikan data untuk lebih meningkatkan kebutuhan keselamatan pasien di rumah sakit.

1.4.2 Bagi Perkembangan Ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi dunia keperawatan terkait dengan fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan masukan atau data dasar bagi peneliti selanjutnya untuk lebih mengetahui kaitan antara faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien.

