

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kepala ruangan merupakan tenaga perawat yang diberi tugas memimpin satu ruang rawat, dan bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan, yang berperan sebagai first line manager di sebuah rumah sakit, yang diharapkan mampu melaksanakan fungsi manajemen keperawatan (Sitorus, R & Panjaitan, 2011)

Peran dan fungsi kepala ruangan diruang rawat dalam fungsi manajemen keperawatan antara lain perencanaan, pengorganisasian, pengaturan ketenagaan, pengarahan, pengawasan dan pengendalian mutu yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain (Marquis, B.L & Huston, 2012)

Kepala ruangan sebagai manajer operasional, yang memimpin secara langsung, dalam mengelola seluruh sumber daya di unit perawatan untuk menghasilkan pelayanan yang bermutu, dan dituntut untuk menjadi motor penggerak, bagi sumber-sumber dan alat-alat dalam suatu organisasi melalui pengambilan keputusan, penentuan kebijakan dan menggerakkan orang lain untuk mencapai tujuan organisasi (Curtis, Elizabeth & O'Connell, 2011).

Kepala ruangan memerlukan suatu pemahaman tentang mengelola dan memimpin orang lain, dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang berkualitas dan aman, untuk kesembuhan pasien melalui pemberian asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang konsisten, kontinyu dan bermutu (Nursalam, 2014).

Pemberian asuhan yang aman merupakan asuhan keperawatan yang efektif, tepat waktu, dan memenuhi kebutuhan pasien. Keselamatan pasien merupakan sistem pemberian asuhan yang aman, melalui penurunan tindakan untuk mencegah terjadinya cedera akibat kesalahan melakukan tindakan yang tidak aman kepada pasien, dan memberikan tindakan terbaik untuk mendapatkan derajat kesehatan pasien yang optimal, sehingga dapat menurunkan biaya perawatan dan mengurangi lama hari rawat pasien (KKP-RS, 2015; Chartey, & Clarke, 2010)

Keselamatan pasien telah menjadi isu dunia yang perlu mendapat perhatian bagi pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dari pelayanan kesehatan, yang memandang bahwa keselamatan merupakan hak setiap pasien dalam menerima pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2011). Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang difokuskan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Fokus tentang keselamatan pasien didorong oleh masih tingginya angka kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit baik secara global maupun nasional (KKP-RS, 2015)

Insiden keselamatan pasien berhubungan dengan pelayanan keperawatan khususnya perawat, yang berkontribusi terhadap terjadinya kesalahan yang mengancam keselamatan pasien, akibat tindakan keperawatan yang dilakukan di unit rawat inap, hal ini berhubungan dengan terjadinya komplikasi, injury dan kejadian yang tidak diharapkan dalam perawatan rutin setiap hari, oleh karena pelayanan keperawatan yang diberikan 24 jam secara terus-menerus, tenaga profesional yang sering berinteraksi, dan lama kontak dengan pasien dalam melaksanakan berbagai tindakan keperawatan, melakukan tindakan kolaborasi dalam pelaksanaan praktek keperawatan dengan tim kesehatan lain (Cahyono, 2012; Kemenkes, 2015)

Laporan Institute of Medicine, menyatakan bahwa di Amerika rata-rata pasien mati akibat medical error 44.000-98.000/tahun akibat kesalahan medis (medical error) yang sebenarnya dapat dicegah (James, 2013). Di Amerika tahun 2011 menunjukkan bahwa 1 dari 3 pasien yang dirawat dirumah sakit mengalami KTD, yang sering terjadi adalah kesalahan pengobatan, kesalahan operasi dan prosedur serta infeksi nosokomial (Classen *et al*, 2011).

Studi dari 10 rumah sakit di North Carolina menemukan hasil yang serupa. Satu dari 4 pasien pelayanan rawat inap mengalami KTD, antara 3 sampai 17 % dari semua pasien mengalami satu atau lebih banyak kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit, (Nordin *et al*, 2013). Penelitian Meginniss (2012), menemukan lebih dari 40.000, insiden keselamatan pasien terjadi di Inggris setiap hari. 1 dari 10 pasien di negara berkembang, termasuk Indonesia mengalami cedera pada saat

menjalani pengobatan di rumah sakit (WHO, 2014). Di Eropa, pasien mengalami resiko infeksi sebanyak 83,5% dan bukti kesalahan medis menunjukkan 50-72,3%, penelitian menunjukkan kejadian tidak diharapkan (KTD) ditemukan pada rumah sakit diberbagai negara dengan rentang 3,2-16,6%. Penelitian Miake-Lye *et al*, (2013) dilaporkan 700.000 sampai dengan 1.000.000 orang mengalami kejadian jatuh setiap tahun dirumah sakit. Data ini menunjukkan upaya penurunan KTD di negara maju berjalan lambat.

Data dari National *Patient Safety Agency* menyebutkan dari kurun waktu April-September 2012 di Inggris, pada pelayanan kesehatan akut spesialis terjadi insiden yang tidak diinginkan sebanyak 56,1%. Persentase insiden tersebut menimbulkan kerugian ringan sebanyak 34,3%, kerugian sedang sebanyak 21,1%, kerugian berat sebanyak 0,5% dan sebanyak 0,2% berakibat fatal.

Pelaporan data di Indonesia tentang kejadian tidak diharapkan (KTD) dan kejadian Nyaris cedera (KNC) belum banyak dilakukan oleh rumah sakit. Data yang dimiliki Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dilaporkan KTD sebanyak 249 laporan, KNC sebanyak 283 laporan. Insiden keselamatan pasien mengalami peningkatan kasus KTD dari 46,2 % menjadi 63% yang ditemukan paling banyak pada unit penyakit dalam, bedah dan anak yaitu sebesar 56,7% dibandingkan unit kerja yang lain (KKP-RS, 2012).

Berdasarkan data insiden keselamatan pasien di Indonesia, terdapat 114 laporan insiden keselamatan pasien (IKP) pada tahun 2009, 103 laporan tahun 2010, dan 34 laporan ditahun 2011, jumlah insiden keselamatan pasien 11,23% dilakukan diunit keperawatan, sebesar 6,17% diunit farmasi dan 4,12% oleh dokter. Data tersebut menunjukkan bahwa terjadinya insiden keselamatan pasien mengalami peningkatan dan lebih banyak terjadi pada unit keperawatan (KKP-RS, 2012)

Data berdasarkan pelaku tindakan yang menangani insiden : tim sebanyak 207 laporan, perawat sebanyak 104 laporan, dokter sebanyak 24 laporan, petugas lain sebanyak 59 laporan. Berdasarkan tipe insiden : medikasi sebanyak 151 laporan, prosedur klinik sebanyak 105 laporan, jatuh sebanyak 81 laporan, laboratorium sebanyak 43 laporan, dokumentasi sebanyak 40 laporan (KKP-RS, 2012)

Data berdasarkan RS provinsi : Banten 125 laporan, DKI Jakarta 105 laporan, Jawa tengah 88 laporan, Yogyakarta 51 laporan, Jawa timur 88 laporan, jawa barat 22 laporan, Sumatera selatan 12 laporan, Riau 5 laporan, Sumater barat 5 laporan. Berdasarkan kepemilikan RS : Pemerintah pusat 81 laporan, pemerintah daerah 27 laporan, swasta 290 laporan, TNI/Polri 9 laporan (KKP-RS, 2012). Dari hasil penelitian (Elrifda, 2011) di Jambi 1-6 kejadian insiden keselamatan dalam satu tahun terakhir disebabkan oleh budaya pasien safety kurang baik.

Data tentang kejadian tidak diharapkan menurut KKP-RS, 2012 belum dapat mewakili kejadian KTD dan KNC yang sebenarnya di Indonesia, karena data masih sulit ditemukan untuk dipublikasikan. Hal ini terjadi disebabkan masih kurang perdulinya rumah sakit melaporkan tentang keselamatan pasien.

Dampak yang dapat timbul akibat insiden keselamatan pasien dan ketidakperdulian rumah sakit akan menyebabkan kerugian bagi pasien dan rumah sakit, yaitu biaya yang harus ditanggung pasien menjadi lebih besar, pasien semakin lama dirawat, dan terjadi resistensi obat (Craven, 2012). Bila hal ini dilakukan terus menerus akan mengakibatkan dampak yang kurang baik bagi rumah sakit, karena akan terjadi menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang ada, yang berakibat pada penurunan mutu pelayanan rumah sakit. Pelayanan yang bermutu dan aman bagi pasien saling berkaitan dan tidak dapat dipisah-pisahkan (Cahyono, 2012). Untuk mencegah penurunan mutu pelayanan di ruang rawat diperlukan pengelolaan keselamatan pasien.

Pengelolaan keselamatan pasien dapat dilaksanakan di ruang rawat dan dipimpin oleh kepala ruangan. Kepala ruangan sebagai bagian dari pimpinan dan pengelola kesehatan di rumah sakit berperan sebagai pimpinan dalam pengorganisasian keselamatan pasien. Keselamatan pasien diciptakan dan dikembangkan oleh para manajer sesuai tingkatan dalam suatu organisasi dan mempunyai tanggung jawab untuk membina budaya keselamatan di tempat kerjanya sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien (Nordin, Wilde-Larsson, *et al*, 2013).

Peran kepala ruang sebagai manajer lini pertama, menetapkan suatu tujuan ruang rawat dengan memberdayakan staf perawat dibawah tanggung jawabnya (Sitorus,R & Panjaitan 2011). Tanggung jawab kepala ruangan selaku bagian dari pengelola keselamatan pasien dalam menjalankan tugasnya tidak lepas dari fungsi-fungsi manajemen (Marquis, B.L & Huston 2012).

Kepala ruang sebagai pemimpin harus dapat memandu atau mempengaruhi perawat pelaksana agar bekerja keras mencapai tujuan (Cherry & Jacob, 2014). Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka kepala ruang harus mampu melakukan tindakan untuk menjamin mutu keselamatan pasien dengan cara membuat perencanaan dalam keselamatan pasien diantaranya dengan pelatihan dan pendidikan tentang keselamatan pasien, melakukan *pre* dan *post conference*, memonitor dan melaporkan kondisi pasien yang mengalami insiden keselamatan pasien kepada tim keselamatan pasien, melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur, dan memonitor penerapan sasaran keselamatan pasien di ruangnya (Humasfik, 2016).

Upaya yang sangat penting dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien adalah menciptakan dan membangun budaya keselamatan pasien. Menurut (Calado & Santos, 2014) masalah yang terjadi dalam sistem keselamatan pasien dapat diatasi dengan penerapan budaya keselamatan pasien, karena budaya keselamatan pasien dapat mendukung pembuatan sistem yang kondusif bagi kegiatan perawatan pasien yang aman serta bebas dari kesalahan medis.

Budaya keselamatan pasien adalah produk nilai individu dan kelompok, perilaku, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen, gaya, dan kemampuan sebuah organisasi kesehatan dan manajemen keselamatan (Wagner *et al*, 2013). Dengan adanya budaya keselamatan pasien akan tercipta sistem keselamatan yang efektif baik untuk melindungi pasien maupun seluruh tenaga kesehatan yang berada dalam ruang lingkup rumah sakit.

Penelitian Nordin *et al*, (2013) membuktikan bahwa budaya keselamatan pasien yang kuat akan memperpendek lama hari rawat, kemauan pengobatan, pelaporan kesalahan pasien jatuh lebih sedikit, dan tingkat komplikasi di rumah sakit lebih rendah. Selain itu, budaya keselamatan pasien akan mengurangi biaya finansial yang diakibatkan oleh kejadian keselamatan pasien serta melindungi tenaga kesehatan dari tuntutan pasien ketika terjadi kesalahan medis (Lamo, 2011).

Mengubah nilai, keyakinan dan sikap dalam budaya keselamatan pasien tidaklah mudah. Semua elemen yang ada di lingkungan rumah sakit ikut berperan dalam pembentukan budaya. Semua perawat dirumah sakit baik klinis maupun manajerial serta pasien dan keluarga juga ikut terlibat dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Kepemimpinan kepala ruangan memiliki peran yang kritis dalam mendukung budaya keselamatan pasien dengan menciptakan lingkungan yang positif bagi keselamatan pasien, karena kepala ruangan akan dapat mempengaruhi strategi dan upaya menggerakkan perawat dalam lingkup wewenangnya untuk bersama-sama menerapkan budaya keselamatan pasien (Parand *et al*, 2014).

Penelitian Nordin *et al*, (2013) manajer memiliki tanggung jawab yang besar untuk memperbaiki budaya keselamatan pasien ditempat kerjanya sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien. Penelitian Parand *et al*, (2014) membuktikan bahwa waktu dan pekerjaan manajer dapat mempengaruhi hasil, proses, dan kinerja klinis yang berkualitas dan aman, karena manajer di rumah sakit mempunyai kewajiban hukum dan moral untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawatan terhadap pasien. Manajer berada pada posisi utama untuk membuat kebijakan, sistem, prosedur dan organisasi iklim keselamatan.

Mengembangkan budaya keselamatan pasien dalam suatu organisasi membutuhkan kepemimpinan yang kuat, perencanaan yang cermat dan monitoring (Clancy,2011) untuk menjamin keselamatan pasien dengan melaksanakan program keselamatan pasien. Komitmen pemimpin akan keselamatan pasien merupakan hal yang harus diperhatikan dalam budaya keselamatan pasien karena untuk menciptakan budaya keselamatan pasien, diperlukan komitmen pimpinan yang akan menghasilkan motivasi dan perhatian yang lebih tinggi terhadap kesehatan dan keselamatan diseluruh organisasi, keterlibatan aktif manajemen senior dalam sistem kesehatan dan keselamatan sangat penting, dimana manajer perlu memberikan contoh dalam pelaksanaan keselamatan pasien, kesesuaian komitmen dengan tindakan dan selalu tampil dalam berbicara mengenai kesehatan dan keselamatan (Nordin. *et al*, 2013). Penelitian Setiowati, (2013) membuktikan bahwa kepemimpinan efektif head nurse berhubungan dalam budaya keselamatan pasien.

Penelitian Ningsih, (2016) tentang analisis kepemimpinan kepala ruangan dalam budaya keselamatan pasien dengan penelitian kualitatif diperoleh bahwa kepala ruang kurang didalam memberikan semangat kepada staf, kepala ruang kurang memberikan contoh-contoh keselamatan pasien pada saat briefing staf, kepala ruang kurang membangun budaya pelaporan dan budaya pembelajaran.

Kesadaran akan nilai keselamatan pasien dapat dibangun dengan menciptakan kepemimpinan dan kemampuan seorang kepala ruangan dalam merencanakan program keselamatan pasien. Penelitian Wardhani, (2013) menunjukkan bahwa kepala ruangan yang mampu mengenal dirinya dengan baik merupakan salah satu karakter pemimpin yang baik. Dengan kesadaran diri yang baik dapat membangun rasa empati yang akan membentuk rasa kedekatan dan kepercayaan dari bawahan, sehingga memudahkan kerja sama dalam mencapai tujuan.

Penelitian (Theodosios, 2012) mengenai budaya keselamatan pasien mengidentifikasi tujuh elemen kunci yaitu kepemimpinan (*leadership*), kerjasama (*team work*), *evidence base*, *communication*, *learning* (belajar dari kesalahan), *just*, dan *patient centered*, sedangkan penelitian Xuanyue *et al*, (2013) mengidentifikasi kepemimpinan, komunikasi, kerja tim, pelaporan kesalahan, pembelajaran, dan lingkungan yang tidak menghukum sebagai dimensi budaya keselamatan pasien rumah sakit di china.

RSUD Raden Mattaher Jambi merupakan rumah sakit tipe B pendidikan yang memiliki 14 ruang rawat inap, dengan 384 kapasitas tempat tidur yang merupakan pusat rujukan kesehatan di wilayah Provinsi Jambi, dan telah mendapatkan sertifikat lulus akreditasi tingkat paripurna pada tahun 2016. BOR (Bed Occupation Rate) pada tahun 2015 59,87% dan tahun 2016 59,92%, dilihat dari data tersebut bahwa nilai BOR masih berada di bawah standar (70-85%), dengan rata-rata lama hari rawat inap 5,31 hari (Data Rekam Medik RSUD Raden Mattaher Jambi, 2016).

Data tingkat pendidikan kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Raden Mattaher Jambi yang diperoleh dari bidang pelayanan keperawatan tahun 2016 tingkat pendidikan S1 dengan Ners 9 orang (64,2%), S1 1 orang (7,1%), D III Kebidanan 2 orang (14,2%) dan DIII Keperawatan 2 orang (14,2%). Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa kepala ruangan di RSUD Raden Mattaher didominasi oleh perawat dengan tingkat pendidikan S1 dengan Ners, akan tetapi belum memenuhi standar sebagai kepala ruangan, karena masih ada yang berpendidikan DIII Keperawatan.

Berdasarkan data laporan insiden keselamatan pasien yang masuk ke tim keselamatan pasien dari tahun 2012-2016 di Rumah Sakit Raden Mattaher Jambi diperoleh bahwa terjadi 2 kejadian sentinel, 15 KTD, 18 KPC dan 7 KNC. Berdasarkan data, tahun 2015 masih terjadi 0,01% pasien jatuh di kamar mandi, pada tahun 2016 Data HAIs (Health Care Associated Infection) didapatkan kejadian infeksi akibat VAP sebanyak 3,11%, Infeksi daerah operasi (IDO)

sebanyak 2,43%, Phelebitis sebanyak 2,20 % dan luka dekubitus sebanyak 6,78 %. Hal ini menunjukkan bahwa angka kejadian infeksi melebihi standar ($< 1,5\%$) dan mutu pelayanan keperawatan yang masih kurang baik.

Hasil wawancara dengan tim keselamatan pasien pada tanggal 20 April 2017 terdapat penurunan pelaporan kejadian keselamatan pasien dari ruangan rawat inap oleh kepala ruangan, ada kejadian insiden tetapi tidak dilaporkan oleh ruangan ke tim keselamatan, dan penurunan pelaporan juga terjadi setelah akreditasi. Menurut tim keselamatan pasien kepala ruangan 100% sudah mengikuti pelatihan pasien safety dan berperan sebagai champion di unit ruangan masing-masing akan tetapi belum dilaksanakan optimal oleh kepala ruangan.

Hasil wawancara dengan 2 orang kepala ruangan pada tanggal 23 April 2017 didapatkan Rumah Sakit sudah mempunyai SOP mengenai sasaran keselamatan pasien akan tetapi belum optimal disosialisasikan. Kepala ruangan menjadi Champion dan IPCLN di ruangan yang dikelolanya dan sudah mendapatkan pelatihan. Masih adanya perawat pelaksana yang belum mendapatkan pelatihan mengenai pasien safety, supervisi sudah dilakukan tetapi belum optimal dan tidak terjadwal. Pelaporan insiden keselamatan pasien dilaporkan kepada tim keselamatan pasien jika ada kasus saja, dan walaupun ada kejadian tidak melaporkan karena takut.

Hasil wawancara dengan perawat pelaksana pada tanggal 23 april 2017 masih ada yang belum mengikuti pelatihan pasien safety dan PPI di ruangan. SOP sasaran keselamatan pasien sudah dilakukan tetapi menurun setelah akreditasi. Masih kurangnya *reward* yang diberikan oleh kepala ruangan, belum optimalnya monitoring kepala ruangan terhadap kegiatan di ruangan.

Hasil observasi pada tanggal 23-24 april 2017 yang dilakukan selama 2 hari diperoleh tersedianya fasilitas hand hygiene seperti *hand drub* dimasing-masing dinding dekat pintu masuk kamar pasien tetapi sering habis, tersedianya poster terkait 5 moment dan 6 langkah cuci tangan, kurangnya sosialisasi dengan keluarga mengenai 6 langkah cuci tangan, gelang pasien sering habis dan terbatas diruangan tersedia hanya warna pink dan biru. Untuk gelang alergi dan resiko jatuh sering habis, tidak ada penanda pasien resiko jatuh di sisi tempat tidur pasien seperti segitiga warna kuning, sosialisasi tentang keselamatan pasien belum diterapkan pada saat pre dan post conference di ruangan, SOP keselamatan pasien juga belum sepenuhnya dijalankan seperti *hand hygiene*.

Hasil data audit monitoring hand hygiene diperoleh 40% cuci tangan sebelum kontak, 70% sebelum tindakan invasive, 90% setelah kontak cairan tubuh, 30% setelah kontak dengan lingkungan pasien, dan 100% setelah kontak dengan pasien, 30% APD dibawa keluar ruangan seperti handscoon. 54 % perawat belum menggunakan APD dengan alasan malas, sudah biasa dan tidak memiliki waktu. Hal ini menggambarkan bahwa budaya keselamatan pasien masih belum terlaksana dengan baik.

Fenomena yang terlihat di Rumah Sakit Raden Mattaher Jambi menunjukkan bahwa Budaya keselamatan pasien oleh kepala ruangan belum sepenuhnya menerapkan budaya keselamatan pasien secara optimal. Dari penelitian yang ada, belum ada penelitian yang spesifik mengarah kepada budaya keselamatan pasien dari sudut pandang kepala ruangan, sehingga perlu diketahui tentang budaya keselamatan pasien dari perspektif kepala ruangan. Penelitian ini berupaya untuk mengeksplorasi perspektif kepala ruang sebagai pemimpin dan pengelola tentang budaya keselamatan pasien di unit rawat inap.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka, pertanyaan penelitian ini adalah Bagaimana budaya keselamatan pasien dari perspektif kepala ruangan ?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi secara mendalam gambaran mengenai budaya keselamatan pasien dari perspektif kepala ruangan di Instalasi Rawat Inap RSUD Raden Mattaher Jambi.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini meliputi manfaat aplikatif, keilmuan, dan metodologi.

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan kontribusi yang bermanfaat bagi rumah sakit, dan bidang keperawatan terkait dengan perspektif kepala ruangan tentang budaya keselamatan pasien dalam

pelaksanaan keselamatan pasien di ruang rawat inap. Terciptanya budaya keselamatan pasien yang positif dari perspektif kepala ruangan pada masing-masing ruang rawat, diharapkan akan berdampak dalam peningkatan mutu pelayanan dalam pelaksanaan keselamatan pasien.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang perspektif kepala ruangan dalam budaya keselamatan pasien, sehingga dapat diterapkan dalam melaksanakan keselamatan pasien di ruang rawat inap rumah sakit sehingga meningkatkan kemampuan kepemimpinan kepala ruangan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan khususnya keselamatan pasien.

1.4.3 Manfaat Metodologi

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan menerapkan dan mengembangkan model kepemimpinan kepala ruang terkait dalam pelaksanaan keselamatan pasien dan dapat digunakan sebagai bahan rujukan penelitian terkait dengan keselamatan pasien.



