

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan hal yang vital dari sebuah rumah sakit. Menurut *World Health Organization* (WHO) (2018), keselamatan pasien adalah upaya untuk mencegah kesalahan dalam perawatan kesehatan. Sedangkan menurut *Canadian Nurse Association* (2015) dan *National Institute Health Research* (2016) keselamatan pasien merupakan hal fundamental dalam perawatan kesehatan yang bertujuan mengurangi kesalahan tindakan untuk hasil asuhan keperawatan yang optimal. Jadi, keselamatan pasien adalah proses pencegahan untuk mengurangi kesalahan tindakan dalam praktik perawatan kesehatan. Untuk itu pemerintah membuat suatu program atau kebijakan.

Program dan kebijakan yang tepat akan bermanfaat dalam mengurangi insiden keselamatan pasien. WHO (2015) telah memfasilitasi upaya penanganan masalah keselamatan di semua negara. Begitupula di Indonesia dibentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dan dalam Permenkes RI No 11 Tahun 2017 mengenai praktik keselamatan pasien dengan tujuan untuk meminimalkan insiden dengan memberikan pelayanan kesehatan berfokus pada pasien (Kemenkes RI, 2017). Jadi keselamatan pasien merupakan masalah serius yang menjadi perhatian baik di dunia maupun di Indonesia, namun perhatian ini belum cukup untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien. Maka perlu dibentuk strategi untuk mengurangi permasalahan keselamatan pasien.



Strategi keselamatan pasien telah dilakukan dengan berbagai upaya di lingkungan rumah sakit. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KKPRS) (2018) menjelaskan praktik keselamatan pasien harus memenuhi enam sasaran meliputi: ketepatan identifikasi pasien, komunikasi yang efektif, keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi dan pengurangan risiko pasien jatuh. *Joint Commission International* (2015) juga telah mengeluarkan “*Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*”. Sangat penting untuk diterapkan sistem keselamatan pasien di rumah sakit untuk mencegah dan mengurangi insiden keselamatan pasien. Insiden keselamatan pasien dibagi menjadi beberapa klasifikasi.

Klasifikasi insiden keselamatan pasien (IKP) secara global di dunia itu sama. Menurut *Joint Commission International* (2015), KKPRS (2015) dan Kemenkes RI (2017), insiden keselamatan pasien diklasifikasikan menjadi lima yaitu : 1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD); 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC); 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC); 4) Kondisi Potensial Cedera (KPC); dan 5) Kejadian Sentinel. Kenyataannya, insiden keselamatan pasien dengan berbagai klasifikasi masih banyak terjadi di seluruh negara di dunia. Hal ini terbukti dengan masih tingginya data terkait insiden keselamatan pasien di berbagai negara di dunia.

Insiden terkait keselamatan pasien di seluruh dunia masih cukup tinggi. Penelitian Lyphout *et al* (2018) selama 15 bulan di dua rumah sakit Belgium dilaporkan sebanyak 27 (10,3%) KTD, 58 (22%) KPC, 53 (20%) KTC, 126 (247,7%) KNC. Penelitian Pham (2016) dilakukan di 11 rumah sakit dari 5 negara terdapat 52 KTD yang terjadi di Australia 25%, India 23%, Amerika 12%, Hongkong 31%, dan Kanada 10%. Sementara di Inggris insiden keselamatan pasien dilaporkan meningkat 6,9% dalam 12 bulan (Juli 2016-Juni 2017), di

United Kingdom dilaporkan bahwa dari 1000 kematian terdapat >50% kematian dapat dicegah dengan pemberian asuhan keperawatan yang tepat (*National Health Service, 2017; Hogan et al., 2015*). Dari hasil penelitian ini bahwa insiden keselamatan pasien masih banyak di temukan di berbagai negara, termasuk di negara-negara Asia.

Beberapa penelitian di Asia terkait keselamatan pasien bahwa insiden keselamatan pasien masih banyak ditemukan di beberapa negara di Asia. Penelitian Khoo *et al.*, (2015) terdapat tingkat kesalahan diagnostik 3,6% di 12 perawatan primer klinik di Malaysia, meliputi insiden KTD 39,9% dan dapat dicegah 93,5%. Laporan WHO (2015) di wilayah Asia Tenggara insiden KTD 4% - 17% di rumah sakit dan 5% - 21% KTD ini mengakibatkan kematian. Sementara, di Vietnam infeksi dari perawatan kesehatan berkisar antara 5,9% dan 10,9%, di Indonesia insiden kesalahan pengobatan sebanyak 20,4% terjadi di bangsal rumah sakit geriatri, dan negara berkembang lebih beresiko tinggi 30% mengakibatkan kematian pasien dibanding negara maju (Harrison, Cohen, & Walton, 2015; Watson & Zecevic, 2016). Dari beberapa hasil penelitian di atas bahwa insiden keselamatan pasien masih menjadi permasalahan di berbagai negara di Asia.

Insiden keselamatan pasien masih terjadi di berbagai negara maju. Hal ini disebabkan karena banyak faktor yang dapat berkontribusi untuk menimbulkan insiden. Selain faktor sarana dan prasarana, faktor kesadaran perawat tentang pentingnya keselamatan pasien juga perlu ditingkatkan (Najihah, 2018). Oleh sebab itu, penerapan keselamatan pasien dan pelaporannya di rumah perlu diawasi dengan baik.

Pelaporan data insiden keselamatan pasien belum banyak dilakukan oleh rumah sakit di Indonesia. Data laporan KKPRS insiden keselamatan pasien di Indonesia dari September 2006-2012 berdasarkan jenis insiden; KTD sebanyak 249 laporan, KNC

sebanyak 283 laporan. Sementara di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang oleh Harus & Sutriningsih (2015) dilaporkan data KTD 9 insiden (41%), KNC 6 insiden (27%), KPC 5 insiden (23%), KTC 2 insiden (9%). Di Klaten jumlah pelaporan insiden pada bulan Januari - Agustus 2013 sebanyak 31 insiden, dan insiden keselamatan pasien di Batu Malang pada tahun 2013 sebanyak 179 (64%), tahun 2015 sebanyak 111 (29%) insiden (Rosa, Suparti, & Klaten, 2018; Elrifda, 2018). Insiden keselamatan pasien ini terjadi dalam lingkup enam sasaran keselamatan pasien.

Enam sasaran keselamatan pasien menjadi kriteria dasar dalam praktik keselamatan pasien di rumah sakit. Praktik enam sasaran keselamatan pasien tahun 2014-2015 di rumah sakit Malaysia yaitu identifikasi pasien 97,6%, komunikasi efektif 99,1%, peningkatan keamanan obat 100%, kepastian tepat lokasi, tepat pasien, tepat prosedur 100%, pengurangan infeksi 75,2%, dan pengurangan resiko jatuh 83,3% (Azis & Safina, 2016). Di China pada tahun 2012-2014 insiden sasaran kewaspadaan obat menurun sebesar 57%, identifikasi pasien menurun sebesar 50%, dan insiden ini lebih tinggi terjadi di intensif (1,81%) dibandingkan non intensif (0,24%) (Wang, 2015). Sementara itu di Rumah Sakit Muhammadiyah Yogyakarta insiden 21,55% dari target 80%, dengan identifikasi pasien 25%, komunikasi efektif 23%, kepastian tepat lokasi, tepat pasien, tepat prosedur 33,33%, pengurangan infeksi 31,25%, dan pengurangan resiko jatuh 11,11% (Sundoro, Rosa, & Risdiana, 2016). Berdasarkan laporan insiden diatas dapat dikatakan bahwa praktik sasaran keselamatan pasien diberbagai negara belum mencapai target. Hal ini dapat menimbulkan dampak negatif terhadap pelayanan kesehatan.

Dampak yang terjadi akibat rumah sakit tidak menerapkan keselamatan pasien dapat terjadi penurunan mutu pelayanan rumah sakit. Dampak yang akan muncul

diantaranya yaitu penurunan mutu rumah sakit, penurunan kepuasan pasien, peningkatan *cost* terkait tambahan rawat inap, biaya proses pengadilan, pengobatan infeksi, dan kecacatan mengakibatkan kerugian US\$ 6 miliar - US\$ 29 milyar per tahun, sehingga keuntungan rumah sakit menurun (Cairns & McCallum, 2017; Parand & Vincent, 2018). Dampak ini dapat terjadi karena keselamatan pasien yang tidak diterapkan sesuai standar sehingga target sasaran keselamatan pasien tidak tercapai.

Banyaknya dampak yang akan merugikan rumah sakit apabila keselamatan pasien tidak di terapkan secara optimal, tentunya dipengaruhi oleh beberapa faktor. Vincent (2017) mengemukakan teori “*The Seven Levels of Safety*”, bahwa penerapan praktik keselamatan pasien dipengaruhi oleh tujuh faktor yaitu faktor pasien, faktor tugas dan teknologi, faktor individu, faktor tim yaitu fungsi supervisi dari manajer, faktor lingkungan kerja, faktor organisasi dan faktor konteks institusional. Menurut Vincent, dari tujuh faktor tersebut hal yang paling berpengaruh dalam penerapan keselamatan pasien adalah faktor tim, dimana kebijakan manajer dalam sebuah timsangat berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien, termasuk kebijakan untuk memberikan pelatihan dan supervisi (Vincent, 2017). Jadi supervisi dari manajer keperawatan merupakan faktor pendukung dalam penerapan keselamatan pasien.

Beberapa penelitian terkait keselamatan pasien menyatakan bahwa supervisi berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien di rumah sakit. Menurut Anderson & Kodate (2015) praktik keselamatan pasien dipengaruhi oleh faktor supervisi dan motivasi dari manajer keperawatan. Menurut Giles, Panagiotti, Hernan, Sohi, & Lawton, (2015) dan Davis, Burke, & Kingston, (2015), faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien adalah faktor pemimpin yang memiliki jiwa *change agent* dalam memberikan supervisi kepada



staf. Hasil penelitian Cruz, Carvalho, & Lopes (2016) dan Anggraeni, Hakim, & Widjiati (2015) bahwa supervisi efektif dalam pencegahan insiden jatuh (*high fall risk*) dan pelaksanaan identifikasi pasien. Jadi, supervisi berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien.

Menurut Henriksen, Dayton, Keyes, & Carayon (2018) melakukan studi mengenai “*human factors*”, menyatakan bahwa didalam perawatan kesehatan faktor manusia adalah masalah utama yang bisa diatasi, dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat pelaksana melalui supervisi dari kepala ruangan untuk meningkatkan penerapan keselamatan pasien, karena kepala ruanganlah yang berhubungan langsung dengan perawat pelaksana. Selain itu dari beberapa penelitian didapatkan hasil bahwa faktor supervisi dari kepala ruangan merupakan faktor yang sangat mempengaruhi praktik keselamatan pasien (Parand, Dopson, Renz, & Vincent, 2018; Streimelweger, Wac, & Seiringer, 2015; Cahyono, 2018; Lark, Kirkpatrick, & Chung, 2018). Dengan demikian penting bagi seorang manajer keperawatan untuk meningkatkan fungsi pengawasannya secara kontinu yaitu supervisi untuk mendukung penerapan keselamatan pasien.

Supervisi merupakan salah satu fungsi manajemen yaitu fungsi pengarahan (*actuating*) yang penting dari seorang pemimpin. Menurut Marquis & Huston (2013) supervisi klinik kepala ruangan sebagai bagian dari fungsi pengarahan untuk menemukan hambatan dan mencari pemecahan masalah bersama demi tercapainya tujuan asuhan keperawatan secara efektif dan efisien. Supervisi klinik kepala ruangan adalah proses dukungan secara formal dan pembelajaran profesional dari kepala ruangan untuk mengembangkan pengetahuan dan kompetensi staf, meningkatkan tanggung jawab dan meningkatkan keamanan bagi pasien (*The Allied & Scientific Health*, 2015). Maka



supervisi sangat penting untuk dilaksanakan terutama dalam praktik keselamatan pasien. Kenyataannya supervisi sendiri belum terlaksana dengan baik.

Pelaksanaan supervisi di dunia secara umum belum terlaksana secara efektif. Menurut penelitian Cruz *et al.* (2016), pelaksanaan supervisi kepala ruangan di rumah sakit Portugal tidak bersifat membimbing dan lebih bersifat mengawasi sehingga staf menjadi stress dan frustrasi. Penelitian Pambudi, Sutriningsih, & Yasin (2018) bahwa 50% pelaksanaan supervisi di Rumah Sakit Panti Waluya Malang tentang penerapan keselamatan pasien belum efektif. Sementara studi Nugroho & Sujianto (2017) bahwa di RSUD Lamongan supervisi dilakukan oleh kepala ruangan hanya bersamaan dengan kegiatan *handover*, supervisi ini juga hanya berbentuk pengawasan dan tidak memberikan bimbingan, motivasi, evaluasi tidak disampaikan, tidak terjadwal dan tidak terstruktur dengan baik, serta bahan yang disupervisi tidak jelas. Belum efektifnya pelaksanaan supervisi kepala ruangan disebabkan oleh beberapa hambatan.

Pelaksanaan supervisi klinik kepala ruangan yang tidak efektif disebabkan oleh beberapa hambatan internal dan hambatan eksternal. Menurut Winarti (2017) ada beberapa hambatan pelaksanaan supervisi oleh kepala ruangan diantaranya hambatan internal yaitu kurangnya motivasi untuk melaksanakan dan mengikuti pelatihan supervisi sehingga berdampak pada pelaksanaan supervisi, hambatan eksternal yaitu beban kerja ganda yang diemban oleh kepala ruangan, kurangnya apresiasi (honorium), dan sumber daya manusia (SDM) kepala ruangan yang kurang memadai untuk melaksanakan supervisi. Untuk meningkatkan SDM kepala ruangan dapat dilakukan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kepala ruangan tentang supervisi melalui pelatihan supervisi (Nugroho & Sujianto, 2017). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa adanya



motivasi yang tinggi dalam mengikuti dan melaksanakan supervisi pada kepala ruangan akan dapat pula meningkatkan motivasi perawat untuk melaksanakan supervisi dengan baik sehingga dapat tercipta keselamatan pasien yang berkualitas (Anwar, Rochadi, Daulay, & Yuswardi, 2016). Dalam pelaksanaannya supervisi klinik dapat diterapkan dengan berbagai model.

Menurut Supratman & Sudaryanto (2018), kegiatan supervisi klinik kepala ruangan dapat dilakukan dengan beberapa model yaitu: supervisi developmental, supervisi akademik, supervisi experiential dan supervisi 4S (*Structure, Skills, Support, and Sustainable*). Pemilihan model supervisi yang tepat sangat penting, mengingat supervisi klinik merupakan prioritas dalam meningkatkan keselamatan pasien (Rosnaes, Jolstad, Severinsson, & Lyberg, 2017). Maka perlu dipahami model supervisi yang paling tepat untuk diterapkan dalam praktik keselamatan pasien.

Supervisi klinik kepala ruangan memiliki perbedaan di tiap modelnya. Menurut Dixon (2016) supervisi developmental merupakan supervisi yang bertujuan meningkatkan kerja perawat dengan cara supervisor membimbing perawat dengan tiga cara, yaitu *change agent, counselor, dan teacher*. Sedangkan supervisi *academic* adalah proses formal dari perawat professional untuk *support dan learning* sehingga pengetahuan dan kompetensi perawat dapat dipertanggungjawabkan, yang meliputi tiga cara, yaitu *educative, supportive, managerial* (Farrington, 2015). Menurut Milne & James (2015), model supervisi *experiential* adalah supervisi yang terdiri dari kegiatan *training dan mentoring*. Ketiga model ini memiliki tujuan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berfokus pada kepentingan pasien. Berbeda dengan supervisi model 4S.



Supervisi sebagai cara untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan staf. Semua model supervisi memiliki tujuan yang sama yaitu untuk meningkatkan kinerja staf dalam memberikan asuhan keperawatan, namun supervisi berbasis 4S bersifat lebih kompleks tidak hanya untuk meningkatkan kinerja namun lebih kepada meningkatkan kualitas dari perawatan (*quality of care*) (Waskett, 2010; Mustikaningsih, 2014). Menurut Etlidawati (2012), Supervisi 4S merupakan strategi supervisi yang efektif bagi supervisor untuk memotivasi dan meningkatkan kinerja staf perawat melalui strategi struktur, keterampilan, dukungan dan keberlanjutan dari supervisi. Supervisi 4S memiliki tahap-tahapan yang membuat proses supervisi lebih tersusun dari awal sampai akhir proses supervisi dan supervisi dilakukan secara berkelanjutan sehingga proses pembelajaran dan pengembangan pengetahuan sikap dan keterampilan staf perawat terus ditingkatkan melalui kegiatan supervisi 4S (Ahaddyah, 2015).

Supervisi berbasis 4S merupakan proses mengarahkan, memantau kinerja, *problem solving*, memotivasi dan mendukung staf sehingga staf dapat melakukan pekerjaan secara efektif dengan berbasis kepada *structure, skills, support*, dan *sustainable* (Waskett, 2015). Supervisi 4S meliputi: Prosesnya terstruktur (*structure*) baik skema, kebijakan, dan waktu yang digunakan; Supervisor memiliki *skills* yang baik; *Support* akan membuat proses supervisi menjadi lebih kondusif untuk memperbaiki dan meningkatkan kinerja perawat; *Sustainable* (rutin) meliputi pemantauan dan peningkatan sistem secara keseluruhan kinerja (Marques & Kean, 2002; Mentey & Moduga, 2015). Dengan metode ini, supervisi tidak hanya berfungsi sebagai proses pengawasan tetapi juga sebagai proses bimbingan terstruktur, dukungan staf, konsistensi, sarana *brainstorming* atau diskusi yang baik, berkesinambungan dan meningkatkan kualitas pelayanan.



Rumah Sakit Umum Pemerintah di Kota Jambi terdiri dari dua rumah sakit yaitu RSUD Raden Mattaher Jambi dan RSUD H. Abdul Manap Jambi. Kedua rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe pendidikan dan merupakan pusat rujukan kesehatan di wilayah Provinsi Jambi. Hal ini merupakan pendorong bagi rumah sakit umum pemerintah Jambi untuk terus meningkatkan kinerja baik dari segi pelayanan, peralatan dan fasilitas, serta sumber daya manusia.

Beberapa penelitian terkait insiden keselamatan pasien di kota Jambi: Menurut Elrifda (2011) sekitar 1-6 kejadian insiden keselamatan pasien terjadi dalam satu tahun di Jambi dikarenakan kesalahan pelayanan menyangkut disiplin, komunikasi, dan kesalahan teknis yang disebabkan oleh faktor manusia dan kegagalan sistem. Dewi (2012) mengungkapkan bahwa pentingnya komitmen dalam praktik keselamatan pasien melalui kebijakan, proses pengarahan atau supervisi dan evaluasi secara berkesinambungan untuk peningkatan praktik keselamatan pasien.

Pelaksanaan supervisi di rumah sakit RSUD Raden Mattaher Jambi belum efektif. Penelitian Widiawati, Apriana, & Mordokawati (2017), bahwa pelaksanaan supervisi di RSUD Raden Mattaher Jambi terlaksana dengan baik hanya sebanyak 30 orang perawat (58,9%), supervisi di RSUD Raden Mattaher ini tidak terjadwal, tidak bersifat membimbing, dan evaluasi jarang disampaikan. Menurut Hasanah, Aira, & Widiastuti (2008) bahwa pengambilan keputusan kepala ruangan dan supervisi dari manajer mempengaruhi penerapan keselamatan pasien. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pelaksanaan supervisi di RSUD Raden Mattaher Jambi belum efektif. Hal ini selaras dengan hasil survey dan wawancara peneliti dengan kepala bidang keperawatan, kepala ruangan, dan perawat pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi.



Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan mengatakan bahwa penerapan keselamatan pasien sudah menjadi komitmen di kedua rumah sakit pemerintah Jambi. Rumah sakit telah mengupayakan terbentuknya budaya keselamatan pasien. Standar operasional prosedur (SOP) sebagian tindakan yang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien sudah ada. Sebagian perawat telah mengikuti pelatihan mengenai keselamatan pasien, baik yang diadakan didalam maupun diluar rumah sakit. Kepala bidang keperawatan mengatakan meski demikian insiden keselamatan masih tetap terjadi hal ini dikarenakan perawat kurang memiliki kesadaran untuk mengenali situasi yang akan mengancam keselamatan pasien serta mengabaikan informasi klinis penting terkait keselamatan pasien. Hasil wawancara kepala bidang keperawatan mengenai supervisi di kedua rumah sakit bahwa supervisi dari pihak manajemen dilakukan terjadwal 1 kali sebulan, namun untuk supervisi di ruangan (kepala ruangan, ketua tim, dan PJ shift) ini dilimpahkan wewenang penuh dengan yang bersangkutan. Pelaksanaan supervisi disesuaikan dengan SOP sesuai topik yang akan dibahas, sesuai kebutuhan di rumah sakit.

Hasil wawancara dengan kepala ruangan dan ketua tim di RSUD Raden Mattaher Jambi mengenai kegiatan supervisi tentang praktik keselamatan pasien, diperoleh informasi bahwa selama ini supervisi dilakukan sekali sebulan, supervisi yang dilakukan tidak terencana, serta tidak ada evaluasi kelanjutan dari hasil supervisi yang dilakukan. Sementara di RSUD H. Abdul Manap Jambi didapatkan informasi mengenai supervisi bahwa supervisi terhadap keselamatan pasien belum maksimal karena kepala ruangan terlibat langsung dalam perawatan pasien, supervisi dilakukan tidak terjadwal dan tidak berkelanjutan hanya dilakukan sesuai kebutuhan saja. Perawat menganggap lebih difokuskan pada masalah teknis dalam implementasi pelayanan asuhan keperawatan,

dibandingkan tugas lainnya seperti supervisi. Kedua rumah sakit ini baik RSUD Raden Mattaher Jambi maupun RSUD H. Abdul Manap belum menggunakan metode supervisi klinik 4S.

Selain itu dalam pengamatan oleh peneliti saat melakukan studi pendahuluan pada bulan September 2018 di RSUD Raden Mattaher dan RSUD H Abdul Manap bahwa pelaksanaan supervisi tidak dilaksanakan dengan baik oleh kepala ruangan, supervisi tidak terstruktur baik terkait waktu supervisi yang tidak terjadwal oleh kepala ruangan, frekuensi supervisi yang tidak menentu dan hanya disatukan dengan kegiatan timbang terima, supervisi tidak didokumentasikan dengan baik oleh kepala ruangan, supervisi yang masih bersifat mencari kesalahan staf. Jika supervisi dilakukan tidak maksimal maka akan berakibat kurangnya kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien dan perawat akan terbiasa tidak menerapkan asuhan keperawatan dengan baik, penerapan keselamatan pasien tidak dilakukan sesuai standar prosedur operasional yang ada sehingga akan mengakibatkan timbulnya masalah dan terjadi penurunan kualitas pelayanan terhadap pasien.



Peneliti mencoba mengkaji lebih dalam lagi dengan mewawancarai 20 perawat pelaksana di RSUD Raden Mattaher, diperoleh hasil sebanyak 15 orang perawat pelaksana (75%) mengatakan masih sering lupa melakukan kesesuaian identitas di gelang pasien pada saat pemberian obat dengan alasan masih banyaknya tindakan lain. Sebanyak 14 orang perawat pelaksana (70%) juga tidak menjelaskan fungsi gelang kepada pasien dan keluarga. Sebanyak 7 orang perawat pelaksana (70%) belum menerapkan *hand hygiene* sesuai standar, Masih ada sebagian perawat yang tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan keperawatan. Sebanyak 16 orang perawat pelaksana (80%) mengatakan

pelaksanaan supervisi oleh manajer dilakukan belum secara terencana, supervisi dilakukan secara singkat 1-5 menit. Sebanyak 14 orang perawat pelaksana (70%) juga mengatakan kepala ruangan masih jarang memberikan pujian atas prestasi yang dicapai oleh perawat pelaksana. Dan sebanyak 17 orang perawat pelaksana (85%) mengatakan supervisi tidak dilakukan secara berkala dan evaluasi hasil supervisi jarang disampaikan langsung oleh kepala ruangan kepada perawat pelaksana.

Kemudian peneliti juga mengkaji dengan mewawancarai 20 perawat pelaksana di RSUD H. Abdul Manap, diperoleh hasil sebanyak 14 orang perawat pelaksana (70%) mengatakan kadang lupa melakukan kesesuaian identitas di gelang pasien pada saat pemberian, karena sudah hafal dengan pasien yang dirawat. Sebanyak 12 orang perawat pelaksana (60%) belum menerapkan *hand hygiene* sesuai standar. Sebanyak 16 orang perawat pelaksana (80%) mengatakan kepala ruangan belum melakukan supervisi secara terstruktur dan terencana, supervisi kadang terputus jika kepala ruangan atau ketua tim mendapat panggilan tugas lain. Sebanyak 14 orang perawat pelaksana (70%) juga mengatakan kepala ruangan masih jarang memberikan reinforcement positif dalam proses supervisi. Dan sebanyak 15 orang perawat pelaksana (75%) mengatakan supervisi tidak dilakukan secara berkala atau berkelanjutan, hanya kadang-kadang jika diperlukan.

Berdasarkan latar belakang, dampak dan akibat dari fenomena di atas, maka perlu dilakukan suatu pemecahan masalah salah satunya dengan meningkatkan kemampuan supervisi klinik manajer dengan memberikan pelatihan supervisi 4S, sehingga praktik keselamatan pasiendapat berjalan secara optimal. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Supervisi Klinik Berbasis 4S (*Structure, Skills,*

*Support and Sustainable*) terhadap Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kota Jambi”.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah yang ditemukan adalah apakah ada pengaruh supervisi klinik berbasis 4S (*Structure, Skills, Support and Sustainable*) terhadap penerapan keselamatan pasien oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kota Jambi. Tujuan Penelitian

## C. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh supervisi klinik berbasis 4S (*Structure, Skills, Support and Sustainable*) terhadap penerapan keselamatan pasien oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kota Jambi.

### 1. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya distribusi rata-rata kemampuan supervisi manajer (pengetahuan, sikap, keterampilan) sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- b. Teridentifikasinya distribusi rata-rata penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- c. Teridentifikasinya pengaruh supervisi klinik berbasis 4S (*Structure, Skills, Support and Sustainable*) terhadap kemampuan supervisi manajer (pengetahuan, sikap, keterampilan) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.



- d. Teridentifikasinya pengaruh supervisi klinik berbasis 4S (*Structure, Skills, Support and Sustainable*) terhadap penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- e. Teridentifikasinya perbedaan kemampuan supervisi manajer (pengetahuan, sikap, keterampilan) antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.
- f. Teridentifikasinya perbedaan penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Perawat**

Melalui penelitian ini diharapkan terjadinya pengoptimalan dalam pemberian supervisi dan dalam praktik keselamatan pasien.

##### **2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya wawasan, ilmu pengetahuan, dan sebagai referensi tambahan untuk melakukan supervisi khususnya dalam praktik keselamatan pasien.

##### **3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data tambahan, bahan masukan, pertimbangan dan sumbangan pemikiran serta menjadi koreksi sehingga peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian yang lebih baik dari penelitian sebelumnya.

