

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit sudah menjadi gerakan yang luas di seluruh dunia. Berbagai negara maju telah menggeser paradigma “*quality*” ke arah paradigma baru “*quality safety*”. Saat ini, keselamatan pasien menjadi isu global yang harus diperhatikan dalam sistem pelayanan kesehatan modern. (Kesehatan & Mbaloto, 2018).

Setiap pasien memiliki hak atas keselamatan, dan rumah sakit memiliki kewajiban untuk memenuhi hak tersebut (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2006). Keselamatan pasien mencakup enam tujuan, seperti: ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, keamanan tindakan bedah, pencegahan resiko infeksi dan pencegahan resiko pasien jatuh. . Keselamatan pasien menjadi tanggung jawab semua komponen dalam rumah sakit, termasuk perawat. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang selalu mendampingi pasien sehingga sangat beresiko melakukan kelalaian yang dapat menyebabkan pasien cidera bahkan mencapai angka 86%.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit menyatakan kejadian keselamatan pasien sebagai kesalahan yang perlu diperbaiki dalam pelayanan rumah sakit. Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang berpotensi serius mengakibatkan cedera yang seharusnya tidak terjadi dalam memberikan pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien di rumah sakit memiliki jenis yang berbeda seperti: Kejadian Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau adverse event dan kejadian sentinel event (Wianti et al., 2021). Data *world health organization* (WHO) sebagaimana dikutip Hasri [2010] diperkirakan setiap tahun ada 230 juta operasi utama di lakukan di seluruh dunia, satu untuk setiap 25 orang hidup. (Cholifah & Kudus, 2022) menemukan sekitar 4% pasien mengalami tindakan *medical error* selama di rawat di rumah sakit, sebesar 70% berakhir dengan kecacatan sementara,

sedangkan 14% berakhir dengan kematian. Tahun 2010 diperkirakan terdapat 130.000 kesalahan klinis di rumah sakit. Di Florida tercatat 168 pasien yang meninggal dan 386 kecatatan yang terjadi akibat kesalahan medis seperti kesalahan pemberian obat, salah prosedur operasi dan salah lokasi operasi. Pada tahun 2006-2011, KPPRS melaporkan terdapat 877 laporan insiden keselamatan pasien. Sementara pada kurun waktu 2015-2019 laporan insiden keselamatan pasien terdapat 11.558 kasus, serta peningkatan jenis insiden dari kurun waktu tersebut berkisar 7-12%. Beberapa jumlah rumah sakit yang melaporkan insiden keselamatan pasien naik 7% pada tahun 2019 yang sebesar 12 % dibandingkan dengan tahun 2019 sebesar 171 kasus, meningkatnya kasus ini akan mengakibatkan kurangnya kepercayaan dalam pelayanan kesehatan, sehingga dapat disimpulkan bahwa yang terjadi di rumah sakit merupakan laporan kejadian yang cedera ringan atau tidak ada cedera. (Wianti et al., 2021) Laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan provinsi tahun 2007 pada provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta berkisar 37,9% diantara provinsi lainnya (Jawa Tengah 15,9%, DI Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Aceh 10,7% Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4% dan Sulawesi Selatan 0,7%) insiden ini banyak ditemukan di ruang penyakit dalam, bedah, dan anak sebesar 56,7% dibanding dengan ruang rawat yang lain.

Hasil pra survei yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung pada penelitian (Promondo Boby, 2018) dijelaskan bahwa insiden terbanyak pada tahun 2016, kejadian tidak diharapkan (KTD) sebanyak 50%. KTD jenis terbanyak adalah reaksi transfusi (gatal-gatal). Kejadian nyaris cedera (KNC) sebesar 33.3% dan jenis KNC terbanyak adalah batal operasi. Kondisi potensial cedera (KPC) sebesar 16. 6%. Jenis KPC terbanyak adalah kehabisan oksigen. Kejadian tidak cedera (KTC) sebesar 0% tidak ditemukan kejadian tidak cedera. Insiden terbanyak pada tahun 2017, kejadian kekurangan tenaga. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebanyak 21.7% jenis KNC terbanyak batal operasi. Kejadian tidak diharapkan (KTD) sebanyak 10,2% jenis KTD terbanyak adalah reaksi transfusi (demam), dan kejadian tidak cedera (KTC) sebanyak 0% tidak ditemukan kejadian. WHO [2016] mencatat bahwa kesalahan tindakan medis di rumah sakit

mencapai 8-12%, kasus infeksi luka operasi 17% dan infeksi saluran darah 10.5%. (Mulyatiningsih & Sasyari, 2021).

Infeksi yang sering terjadi di rumah sakit dikenal sebagai infeksi nosokomial atau saat ini disebut dengan *Hospital Acquired Infections* (HAIs) (WHO, 2011). *Healthcare Associated Infection* (HAIs) merupakan salah satu permasalahan yang sering dibahas dalam forum *Asian Pacific Economic Committee* (APEC) atau *Global Health Security Agenda* (GHSA). Di berbagai negara di dunia termasuk Indonesia. (Kemenkes RI, 2017). Hasil survei Persatuan Pengendalian Infeksi (Perdalin) Jaya dan RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta pada 11 rumah sakit di DKI Jakarta didapatkan angka infeksi nosokomial untuk IDO 18,9%, ISK 15,1%, IADP 2,4%, VAP 24,5%, Infeksi saluran nafas 25,1% dan infeksi lain 32,1% (Madjid & Wibowo, 2017). Berdasarkan data tersebut dapat diketahui HAIs merupakan salah satu permasalahan yang sering terjadi di rumah sakit. HAIs merupakan kejadian infeksi yang sering terjadi selama pasien menjalani perawatan di rumah sakit dalam kurun waktu  $\geq 48$  jam sampai waktu  $\leq 30$  hari (WHO, 2021).

Infeksi nosokomial berasal dari dalam tubuh penderita maupun luar tubuh. Infeksi endogen disebabkan oleh mikroorganisme yang sudah ada dalam tubuh dan berpindah ke tempat baru yang disebut dengan *self infection* atau *auto infection*. Sedangkan infeksi eksogen (*cross infection*) disebabkan oleh mikroorganisme yang berasal dari rumah sakit dan dari satu pasien ke pasien lainnya. Beberapa faktor ekstrinsik sumber penularan di rumah sakit adalah dari tenaga medis (dokter, perawat, coass, dll), peralatan medis, pengunjung, keluarga, bangsal atau lingkungan, penderita lain serta makanan atau minuman. Sedangkan faktor instrinsik meliputi umur, kondisi umum penderita, resiko terapi serta adanya penyakit lain. Di Indonesia diperoleh angka presentasi terjadi infeksi nosokomial di Provinsi Lampung 4,3%, Jambi 2,8%, DKI 0,9%, Jawa Tengah 0,5% dan Yogyakarta 0,8%. Seiring dengan gawatnya penyebab infeksi nosokomial yang merupakan salah satu penyebab kematian di dunia menyentuk presentase tinggi pada tahun 2004 mencapai 150 pasien dari jumlah pasien beresiko 3.512 (4,2%). Dari hasil penelitian yang dilakukan di ruang rawat inap bedah RSUD Dr.H.Abdul Moeloek pada tahun 2010 didapatkan

bakteri aerob isolat luka operasi yang terdiri dari *Pseudomonas sp.* (32,1%), *staphylococcus saprophyticus* (7,5%), *Proteus vulgaris* (5,7%), *Escherichia coli* (1,9%), *Pseudomonas sp.* Resisten terhadap *Ceftazidin* dan *Gentamisin* (23,5%), *Cefotaksim* (29,4%), dan *Penisillin G* yang mencapai 100% dan pada *klebsiella sp.* Resisten terhadap *Ceftadim* (30,8%), *Cefotaksim* (38,5%), *Gemtamisin* (61,5%), dan *Penisillin G* yang mencapai 100%. (Pengetahuan et al., 2016).

Kejadian HAls dapat berkaitan dengan pemasangan alat pada pasien, seperti CAUTI (*Catheter Associated Urinary Tract Infection*), Ventilator VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*) dan SSI (*surgical site infection*) karena tindakan operasi (Divatia, Pulinikunnathil, & Myatra, 2020). Infeksi yang sering terjadi di rumah sakit perlu dicegah dengan cara pencegahan dan pengendalian infeksi. Faktor-faktor yang menyebabkan insiden keselamatan pasien adalah keterampilan klinis dan non klinis perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien. Insiden keselamatan pasien diperkirakan 70-80% disebabkan oleh keterampilan non klinis meliputi komunikasi, kerja sama tim, kepemimpinan dan *followership*, kesadaran terhadap situasi yang terjadi, dan pengambilan keputusan. Kepemimpinan yang tidak baik merupakan salah satu faktor yang menyebabkan insiden keselamatan pasien. Kepemimpinan adalah faktor yang paling penting untuk mencapai prestasi besar. Mulyatiningsih & Sasyari, (2021) Pemimpin keperawatan dimulai dari pimpinan terendah terdiri dari ketua tim, kepala ruangan, kepala instalasi rawat inap, sampai kepala bidang keperawatan. Meningkatkan keselamatan pasien dalam organisasi perawatan kesehatan membutuhkan gaya kepemimpinan yang efektif di semua tingkatan. Boamah & Clarke, (2018).

Terdapat penelitian yang dilakukan oleh Mulyatiningsih & Sasyari, (2021) hasil penelitian ini didapatkan kepemimpinan transformasional memiliki pengaruh positif yang kuat pada pemberdayaan tempat kerja, yang meningkatkan kepuasan kerja perawat dan menurunkan jumlah kejadian yang merugikan pasien. Desain penelitian pemodelan persamaan structural (*structural equation modeling*). Metode yang digunakan survei *cross sectional*

secara random. Penelitian ini mengenai gaya kepemimpinan dan implikasi keselamatan pasien bagi manajer keperawatan.

Hasil penelitian Merrill & Collette, (2015). Didapatkan gaya kepemimpinan transformasional berkontribusi positif untuk iklim keselamatan. Sedangkan gaya kepemimpinan laissez-faire terbukti berkontribusi negatif pada sosialisasi unit dan budaya keselamatan pasien. Desain penelitian deskriptif korelatif, dengan jumlah sampel 466 responden perawat di 41 departemen keperawatan pada 9 rumah sakit. Analisis yang digunakan bivariat dan regresi untuk menentukan seberapa baik gaya kepemimpinan memprediksi iklim keselamatan. Penelitian mengenai gaya kepemimpinan Youngers,S. (2019) hasil penelitian ini didapatkan kepemimpinan transformasional memiliki hubungan yang signifikan secara statistik dengan persepsi perawat tentang keselamatan pasien. Sedangkan hubungan kepemimpinan transaksional dengan persepsi keselamatan pasien tidak signifikan.

Hasil penelitian (Rohayani, 2018) menyimpulkan dari hasil presentase perawat pelaksana 34 perawat mepersepsikan gaya kepemimpinan kepala ruang termasuk tipe otoriter/autokratis. Kepala ruang dapat melakukan gaya kepemimpinan tertentu sesuai dengan kondisi, tugas yang akan dilakukan. Apabila terdapat kesalahan maka kepala ruang langsung mengambil tindakan dengan berdiskusi mengenai kesalahan dan berusaha menyelesaikan dengan baik masalah tersebut.

Pemimpin keperawatan harus menggunakan metode manajemen modern untuk mengatasi tantangan yang dihadapi dalam sistem perawatan dan budaya keselamatan Farokhzadian, Nayeri & Borhani, (2018). Upaya peningkatan keselamatan pasien merupakan proses dinamis yang terus dapat berubah tergantung pada keadaan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkait keselamatan pasien yang disertakan oleh gaya kepemimpinan yang sesuai terkait kondisi keselamatan pasien. Gaya kepemimpinan dan kecenderungan yang harus diperhatikan adalah bagaimana seorang manajer keperawatan harus memiliki inisiatif, mampu mengembangkan dan memahami perubahan yang terjadi, yang berhubungan langsung dan tidak langsung dalam peningkatan keselamatan pasien. Perubahan pola kepemimpinan terjadi karena

kondisi yang terus bergerak dinamis serta struktur kelembagaan yang terus mengalami perubahan secara sistematis. Kepemimpinan dapat diartikan sebagai suatu kemampuan yang hanya dapat diukur melalui hasilnya yaitu tercapainya tingkat keselamatan pasien yang tinggi. Mulyatiningsih & Sasyari, (2021).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan gaya kepemimpinan kepala ruang dengan penerapan standar pengurangan resiko infeksi oleh perawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas, maka peneliti merumuskan “Apakah ada hubungan gaya kepemimpinan kepala ruang dengan penerapan standar pengurangan resiko infeksi oleh perawat di ruang rawat inap bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek ?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan gaya kepemimpinan kepala ruang dengan penerapan standar resiko infeksi oleh perawat di ruang rawat inap bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

### **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui:

- a. Mengetahui gaya kepemimpinan kepala ruang rawat inap bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.
- b. Mengetahui penerapan standar resiko infeksi oleh perawat ruang rawat inap bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.
- c. Mengetahui hubungan gaya kepemimpinan kepala ruang rawat inap bedah dengan penerapan standar resiko infeksi oleh perawat ruang rawat inap bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi mahasiswa keperawatan atau perawat untuk pengembangan ilmu keperawatan dan memperkaya khasanah ilmu keperawatan khususnya dalam teori gaya kepemimpinan dan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. Penelitian ini juga dapat menjadi masukan dalam melakukan penelitian atau dapat menjadi acuan atau bahan perbandingan untuk penelitian selanjutnya.

### **2. Manfaat Aplikatif**

#### **a. Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk pengembangan sumber daya manusia khususnya para kepala ruangan sebagai pemimpin, mendukung penerapan standar resiko infeksi serta dapat memberi gambaran kepada pihak manajemen keperawatan mengenai persepsi perawat terhadap gaya kepemimpinan kepala ruang dengan penerapan standar resiko infeksi.

#### **b. Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan, bacaan, dan referensi di perpustakaan untuk menambah wawasan bagi mahasiswa.

#### **c. Penelitian berikutnya**

Sebagai sumber data dan informasi bagi pengembangan penelitian berikutnya dalam ruang lingkup yang sama.

## **E. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup penelitian ini adalah hubungan gaya kepemimpinan kepala ruang dengan penerapan standar resiko infeksi oleh perawat di ruang rawat inap bedah. Subjek penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung. Penelitian ini dilaksanakan pada 08 Maret-08 Juni tahun 2023. Metode yang digunakan yakni analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dalam penelitian ini peneliti memilih untuk menggunakan teknik total sampling.