

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Rumah sakit merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang ikut berperan serta dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, karena itu untuk tercapai derajat kesehatan masyarakat yang tinggi rumah sakit selalu berusaha memberikan pelayanan yang terbaik melalui upaya peningkatan mutu pelayanan. Upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien (*patient safety*) di rumah sakit merupakan sebuah gerakan yang universal. Berbagai negara maju bahkan telah menggeser paradigma "kualitas" ke arah paradigma baru "kualitas keselamatan". Ini berarti bukan hanya mutu pelayanan yang harus ditingkatkan tetapi yang lebih penting lagi adalah menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan terus menerus (Daud & Adnani, 2012).

WHO menjelaskan bahwa upaya keselamatan pasien di rumah sakit bertujuan untuk mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau kesalahan karena tidak melaksanakan tindakan yang seharusnya dilaksanakan. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 menjelaskan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat

agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan bertujuan memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit (Kanan et al., 2015).

Fakta menunjukkan bahwa banyak pasien rumah sakit yang menjadi korban Adverse Events (AEs) atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang lebih disebabkan oleh kesalahan pengobatan (treatment) dan bukan karena kondisi pasien. Penelitian Institute of Medicine (IOM) Amerika Serikat tahun 2000 dalam buku "To Error is Human", menjelaskan bahwa hasil-hasil penelitian di sejumlah rumah sakit bahwa KTD yang menjadi penyebab kematian dari 33,6 juta rawat inap di Amerika tahun 1997, diprediksikan bahwa sekitar 98.000 pasien meninggal karena kesalahan medis (medical errors). Angka kematian akibat AEs di Amerika tersebut jauh melebihi angka kematian karena kecelakaan motor (43.458 orang), kanker payudara (42.297 orang) dan AIDS (16.516 orang). Dari angka kematian akibat KTD tersebut, lebih dari 50% disebabkan oleh errors (kesalahan) yang sebenarnya dapat dicegah (Kanan et al., 2015).

Laporan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) di Indonesia pada bulan Januari-April 2011, menemukan bahwa adanya pelaporan kasus KTD (14,41%) dan Kejadian Nyaris Cidera (KNC) sebesar (18,53%) yang disebabkan karena proses atau prosedur klinik (9,26%), medikasi (9,26%) dan pasien jatuh (5,15%). Di Indonesia, tingkat KTD dalam laporan insiden

keselamatan pasien sejak September 2006 hingga April 2011 kejadian KTD sebanyak 457.4 (Kanan et al., 2015).

Menurut KKP-RS, patient safety adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk assessment risiko identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien dan pelaporan dan analisis insiden. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Tujuan sistem keselamatan pasien rumah sakit adalah terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunkannya KTD di rumah sakit dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD (Kanan et al., 2015).

KTD merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Besarnya kasus KTD yang terjadi di rumah sakit sebagaimana disebutkan diatas mengharuskan pihak rumah sakit harus melakukan langkah-langkah yang lebih mengutamakan keselamatan pasien. Menurut penelitian tentang budaya keselamatan pasien di lingkungan organisasi pelayanan kesehatan merupakan suatu area penelitian yang sedang berkembang pesat untuk menguji bagaimana nilai, sikap, persepsi, kompetensi individu, dan perilaku orang dan kelompok menentukan komitmen, cara, dan keahlian organisasi dalam manajemen kesehatan dan keselamatan (Kanan et al., 2015).

Rumah Sakit Wijaya Surabaya merupakan rumah sakit swasta yang berlokasi di Jl. Raya Menganti No.398, yang tergolong dalam rumah sakit tipe

D. Dengan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit Wijaya pada saat ini meliputi, Pelayanan Gawat Darurat, beberapa Poli Spesialis (Interne, Pediatri, Bedah Umum, dan Obstetri ginekologi), dengan 68 tempat tidur dan 3 kamar operasi serta sarana penunjang medis berupa CT-Scan (Computed Tomography Scanner) dan USG. Pelayanan penunjang medis meliputi Laboratorium, Radiologi, dan Instalasi Farmasi.

Pada instalasi radiologi sendiri kejadian tidak diharapkan (KTD) kemungkinan dapat terjadi, KTD tersebut dapat terjadi selama proses pelayanan radiologi, hal ini dikarenakan pada instalasi radiologi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan melalui penggunaan pemanfaatan radiasi pengion dan non pengion. Hal ini juga sangat terarah pada keselamatan terhadap radiasi karena diketahui pemakaian radiasi pengion mengandung resiko bila digunakan tanpa mengikuti dan taat pada peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Oleh karena itu tenaga kesehatan yang terkait dengan pelayanan radiologi khususnya radiografer harus berperan aktif dalam melakukan langkah – langkah yang dapat mengurangi atau bahkan menghilangkan KTD agar tidak ada lagi kesalahan pada pasien (Daud & Adnani, 2012).

Untuk mendorong penerapan optimisasi tersebut, Badan Pengawas Tenaga Nuklir (BAPETEN) telah menerbitkan Peraturan Kepala (Perka) BAPETEN Nomor 4 Tahun 2013 [1] tentang Proteksi dan Keselamatan Radiasi Dalam Pemanfaatan Tenaga Nuklir yang mewajibkan pemegang izin untuk menerapkan optimisasi proteksi dan keselamatan radiasi. Pada Pasal 41 dan

Pasal 43 ayat (1) dan ayat (2), diuraikan bahwa penerapan optimisasi proteksi dan keselamatan radiasi salah satunya dapat dilaksanakan melalui penetapan pembatas dosis untuk pekerja radiasi. Pembatas dosis ditetapkan oleh Pemegang Izin pada tahap konstruksi dan/atau tahap operasi dan dekomisioning. (Kunarsih, 2017)

Untuk menjamin keselamatan dalam penggunaan radiasi pengion tersebut perlu diterapkan sistem pengawasan kesehatan/ keselamatan pekerja radiasi yang ketat meliputi pengawasan dosis radiasi dan pemeriksaan kesehatan pekerja radiasi tahunan. Keduanya bersifat saling melengkapi. Pengawasan dosis radiasi tersebut berguna untuk mengevaluasi dosis radiasi yang diterima oleh pekerja radiasi, sedangkan pemeriksaan kesehatan pekerja radiasi diperlukan untuk mengetahui perkembangan kesehatan pekerja radiasi. Pemeriksaan tersebut bertujuan untuk mengetahui kondisi kesehatan pekerja radiasi baik sebelum, selama maupun sesudah masa kerja.

**Tabel 1.1.** Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Kejadian kegagalan pelayanan rontgen bulan juni – september 2021	Numerator	Denominator	% kegagalan setiap bulan	Standar pelayanan minimal
Juni	2	112	0,01%	2%
Juli	2	146	0,01%	
Agustus	2	136	0,01%	
September	3	191	0,01%	

Tabel diatas merupakan data mengenai kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi selama proses pelayanan yaitu kegagalan pelayanan rontgen yang terjadi di instalasi radiologi Rumah Sakit Wijaya. Dengan numerator adalah

besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja. Denominator adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja. Pada tabel mengenai kejadian kegagalan pelayanan rontgen diatas numeratornya merupakan besaran nilai kerusakan foto yang tidak dapat dibaca dan denumeratornya merupakan jumlah seluruh pemeriksaan foto.

Berdasarkan hasil survey pendahuluan yang telah didapatkan sebagaimana tabel diatas terdapat pemeriksaan di instalasi radiologi yang mengalami kegagalan. Kegagalan yang terjadi adalah kerusakan hasil foto yang mengakibatkan dilakukannya pengulangan foto rontgen. Hasil dari perhitungan persentasi kejadian kegagalan didapatkan nilai sebesar 0,01% setiap bulannya yaitu pada bulan juni sampai september 2021 . Namun untuk tingkat kerusakan foto tersebut tidak terlalu sering terjadi yaitu sekitar 1-3 kasus setiap bulannya, dengan hasil perhitungan persentase indikator mutu berupa kegagalan pelayanan rontgen tersebut sebesar 0,01% sehingga termasuk kategori sesuai dengan standar pelayanan minimal, dimana berdasarkan standar pelayanan minimal yang di tetapkan kemenkes pada tahun 2008 yaitu  $\leq 2\%$  (Kemenkes, 2008).

Kejadian tidak diharapkan (KTD) berupa kegagalan pelayanan rontgen tersebut sangat berhubungan dengan keselamatan pasien, dimana kegagalan pelayann tersebut megakibatkan harus dilakukannya pemeriksaan berulang berupa pengambilan foto rontgen sehingga risiko dosis radiasi yang diterima pasien akan meningkat sehingga akan membahayakan pasien. Masih adanya kejadian tidak diharapkan (KTD) berupa kegagalan pelayanan rontgen pada

bulan juni sampai september 2021 dengan kejadian sebanyak 1-3 kali pengulangan pengambilan foto setiap bulannya mengindikasikan bahwa kejadian tidak diharapkan tersebut masih terjadi berulang di instalasi radiologi Rumah Sakit Wijaya sehingga pihak Rumah Sakit Wijaya perlu melakukan tindakan untuk mengurangi bahkan jika perlu meniadakan insiden keselamatan pasien tersebut.

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 (Harahap, n.d.).

Dalam upaya meminimalisir terjadinya KTD yang terkait dengan aspek keselamatan pasien, maka manajemen rumah sakit perlu menciptakan budaya yang merupakan salah satu dari keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama untuk menuju keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan faktor penting dalam upaya untuk mengurangi kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit dan meningkatkan keselamatan pasien.

Budaya keselamatan pasien yang diadopsi dari kuesioner Hospital Survey on Patient Safety Culture dipublikasikan oleh The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tahun 2004 terdiri dari beberapa faktor. Faktor-faktor yang membangun struktur model budaya atau iklim keselamatan, di berbagai unit di rumah sakit dan di berbagai kelompok profesional, diantaranya adalah keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang error, frekuensi pelaporan kejadian, handovers (penyerahan) dan transisi, dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien, respon non-punitive (tidak menghukum) terhadap kesalahan, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, keseluruhan persepsi tentang keselamatan, staffing, ekspektasi manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien, kerjasama antar unit, kerjasama dalam unit (Kanan et al., 2015).

WHO dalam Human Factors in *Patient safety: Review of Topics and Tools* pada tahun 2009 mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian tidak diharapkan. 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. Kategori faktor lingkungan terdiri atas lingkungan kerja dan bahaya (Harahap, n.d.)

Penelitian yang dilakukan oleh Solha (2011) mengenai budaya Budaya Patient Safety dan karakteristik kesalahan pelayanan: implikasi kebijakan di salah satu rumah sakit di kota Jambi menunjukkan bahwa budaya keselamatan

pasien di salah satu rumah sakit di kota Jambi kurang baik dan ditemukan berbagai kesalahan pelayanan. Variasi kesalahan pelayanan menyangkut disiplin, komunikasi, dan kesalahan teknis yang disebabkan oleh faktor manusia dan kegagalan sistem.

Penelitian yang dilakukan oleh Luthfia dan Hariza (2011) mengenai manajemen Budaya Keselamatan Pasien dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di instalasi radiologi RSUD Panembahan Senopati Bantul menunjukkan bahwa manajemen keselamatan pasien di instalasi radiologi RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah pelayanan yang aman, bebas dari cedera akibat paparan sinar radiasi yang merugikan. Tingkat kerusakan foto yang terjadi di instalasi radiologi RSUD Panembahan Senopati Bantu belum sesuai standar pelayanan minimal yaitu  $> 2\%$ . Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nisfu mengenai Pentingnya Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit yang menyatakan bahwa budaya keselamatan pasien merupakan faktor yang paling penting dalam upaya untuk mengurangi resiko yang merugikan di rumah sakit dan meningkatkan keselamatan pasien.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat ditemukan uraian masalah berupa masih adanya Kejadian Tidak Diharapkan di instalasi Radiologi Rumah Sakit Wijaya. KTD yang masih terjadi yaitu kegagalan pelayanan rontgen berupa kerusakan foto yang terjadi 1-3 kali setiap bulan. Terjadinya kerusakan foto tersebut mengakibatkan dilakukannya pengulangan pengambilan foto yang dapat berdampak pada keselamatan pasien, dimana pemeriksaan berulang yang dilakukan dapat menyebabkan risiko dosis radiasi yang diterima pasien

akan meningkat sehingga akan membahayakan pasien. Masih adanya insiden di Rumah Sakit Wijaya mengindikasikan bahwa pihak RS Wijaya perlu melakukan tindakan untuk mengurangi bahkan jika perlu meniadakan insiden keselamatan pasien. Maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Instalasi Radiologi Rumah Sakit Wijaya Surabaya Tahun 2022”.

## 1.2 Kajian Masalah

WHO dalam *Human Factors in Patient safety: Review of Topics and Tools* pada tahun 2009 mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi insiden keselamatan pasien yaitu kejadian tidak diharapkan. Kategori faktor individu yang terdiri atas kewaspadaan situasi, pengambilan keputusan, stres, dan kelelahan. Kategori faktor kerja tim yang terdiri atas kerja tim dan supervise. Kategori faktor organisasi dan manajemen terdiri atas budaya keselamatan, kepemimpinan manajer, dan komunikasi. Kategori faktor lingkungan terdiri atas lingkungan kerja dan bahaya (Harahap, n.d.).



Gambar 1.1 Kajian Masalah

### **1.3 Batasan Masalah.**

Dalam penelitian ini, peneliti hanya membatasi pada analisis budaya keselamatan pasien di instalasi radiologi rumah sakit wijaya

### **1.4 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana persepsi petugas kesehatan di instalasi radiologi tentang pelaksanaan budaya keselamatan pasien.

### **1.5 Tujuan**

#### **1.5.1 Tujuan Umum**

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis budaya keselamatan pasien di instalasi radiologi rumah sakit wijaya surabaya.

#### **1.5.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisis presepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan keterbukaan komunikasi di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.
2. Menganalisis presepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan umpan balik dan komunikasi tentang error di instalasi radiologi rumah sakit wijaya
3. Menganalisis presepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan frekuensi pelaporan kejadian di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.
4. Menganalisis prsepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan handovers (penyerahan) dan transisi di isntalasi radiologi rumah sakit wijaya.

5. Menganalisis persepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.
6. Menganalisis persepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan respon non-punitive (tidak menghukum) terhadap kesalahan di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.
7. Menganalisis persepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.
8. Menganalisis persepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan keseluruhan persepsi tentang keselamatan di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.
9. Menganalisis persepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan staffing di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.
10. Menganalisis persepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan ekspektasi manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.
11. Menganalisis persepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan kerjasama dalam unit di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.

12. Menganalisis persepsi petugas mengenai dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan kerjasama antar unit di instalasi radiologi rumah sakit wijaya.

## **1.6 Manfaat**

### **1.6.1 Manfaat Bagi Peneliti**

Dapat mengembangkan wawasan dan kemampuan peneliti dalam melakukan penelitian yang berkaitan dengan administrasi rumah sakit yang telah diperoleh selama perkuliahan.

### **1.6.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk masukan dan informasi bagi pihak rumah sakit terkait budaya keselamatan pasien di instalasi radiologi sehingga dapat meningkatkan pembinaan dan pengawasan agar budaya keselamatan pasien dapat terlaksanakan dengan optimal.

### **1.6.3 Manfaat Bagi STIKES YRSDS**

1. Memperkenalkan dan mendekatkan Stikes Yayasan RS Dr. Soetomo dengan institusi terkait sehingga terjalin kerja sama yang baik.
2. Sebagai tolak ukur mengetahui sejauh mana keberhasilan proses belajar mahasiswa.
3. Menambah kajian dalam bidang mutu pelayanan rumah sakit yang dijadikan sebagai referensi untuk mahasiswa yang akan melakukan penelitian selanjutnya.