

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu system rumah sakit yang membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan inflementasi solusi untuk meminimalkan resiko (Kemenkes, 2006).

Salah satu upaya mutu peningkatan di Rumah Sakit adalah menjalankan program keselamatan pasien (*patient safety*). *Patient safety* adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas atas cedera potensial yang mungkin terjadi terkait dengan pelayanan kesehatan (KKP-RS, 2008). Menurut Depkes, 2006 *patient safety* merupakan suatu system dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: assessment resiko, identifikasi dan pengolahan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko.

Suatu penelitian di Amerika Serikat menunjukkan bahwa sekitar 3,7% pasien di rumah sakit mendapatkan *adverse events* dari pelayanan kesehatan yang diperolehnya, dan dari angka tersebut sekitar 70,5% selamat dari kecatatan lebih dari 6 bulan, sekitar 2,6% selamat dengan mendapatkan kecatatan permanen dan 13,6% meninggal (Bernan, *et al.*, 1991). Di Canada keadaan yang tidak jauh berbeda dengan Amerika Serikat, dari penelitian yang pernah dilakukan diperoleh sekitar 5000 hingga 10.000 *adverse events* setiap tahun. Menurut *Canadian institute for health information*, 3,3-5% pasien di *Ontario Hospital* dari tahun 1992 hingga 1997 memiliki kejadian *adverse event* dari pelayanan kesehatan yang didapatkan selama masa pengobatan (Hunter *et al.*, 1999).

Di Indonesia, pencatatan angka KTD dan KNC masih belum terdokumentasikan dengan baik. Walaupun demikian angka kejadian tuntutan dugaan malpraktik semakin banyak terjadi. Laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan provinsi pada tahun 2007 ditemukan provinsi DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37.9% diantara delapan provinsi lainnya (Jawa Tengah 15.9%, Yogyakarta 13.8%, Jawa Timur 11%, Aceh 10.7%, Sumatra Selatan 6.9%, Jawa Barat 2.8%, Bali 1.4%, dan Sulawesi Selatan 0.7%). Bidang spesialisasi unit kerja ditemukan paling banyak pada unit penyakit dalam, bedah dan anak yaitu sebesar 56.7% dibandingkan unit kerja lain, sedangkan untuk pelaporan

jenis kejadian nyaris cedera (KNC) lebih banyak dilaporkan sebesar 47.6% dibandingkan dengan KTD sebesar 46.2% (KKP-RS, 2008).

Menurut Suparti et al. (2016) pelayanan di Instalasi Bedah Sentral bukan tanpa resiko kesalahan. Selama 3 siklus operasi didapatkan data sebanyak 22 insiden, dan jenis insidennya adalah 7 KTD, 8 KPC, 4 KNC, dan 3 KTC. Sundari (2008) telah menganalisis laporan kejadian sebanyak 29 laporan yang terdiri dari 10 laporan kejadian tidak diharapkan (KTD), 5 laporan Kejadian Nyaris Cedera (KNC), 1 laporan akibat obat dan 13 laporan karena akibat lain lain. Setelah di analisis ditemukan oleh faktor-faktor yang menyebabkan KTD dan KNC adalah faktor sistem (41,40%), alat (20,68%), sumber daya manusia (17,24%), komunikasi (10,34%) dan faktor pasien sebesar (10,34%) kejadian tersebut berasal dari rawat inap dan rawat darurat sebesar (10,34%). Kejadian tersebut berasal dari rawat inap dan rawat darurat sebanyak 29 laporan, tetapi tidak ada laporan KTD yang berasal dari instalasi Bedah Sentral. Bertolak belakang dari penelitian Schimpff (2007), kamar operasi merupakan tempat yang tepat yang paling sering membuat cedera dibandingkan dengan unit lain disebuah rumah sakit, karena kamar operasi merupakan tempat yang rumit dan beresiko tinggi. Pertengahan tahun 2004 sebanyak 19 rumah sakit pendidikan di Amerika Serikat yang dilaporkan oleh *University*

Hospital Consortium terdapat 71.000 kejadian sebanyak 6219 (8,7%) terjadi dikamar operasi.

Pembedahan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan dan merupakan salah satu tindakan medis yang penting. Tindakan pembedahan ini merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecatatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa pasien (Haynes, *et al.*, 2009)

Pada Januari 2007, WHO melalui *World Alliance for Patient Safety* membuat *Surgical Safety Checklist* (SSC) sebagai alat yang digunakan untuk para klinisi di kamar bedah untuk meningkatkan keamanan operasi, mengurangi kematian dan komplikasi akibat pembedahan (WHO, 2009). *Surgical Safety Checklist* telah dilakukan uji coba pada beberapa rumah sakit, dengan hasil menunjukkan bahwa mortalitas dapat menurun dan morbiditas akibat operasi juga berkurang. Sejumlah 1740 subjek terindikasi pembedahan *emergency* dibagi menjadi 841 pasien sebelum introduksi *Surgical Safety Checklist* dan 907 pasien setelah introduksi *Surgical Safety Checklist*. Dari 841 subjek yang tidak diberi introduksi *Surgical Safety Checklist* dapat komplikasi bedah 18,4% (N=150) dan setelah diberi introduksi *Surgical Safety Checklist* nilai

komplikasi jadi 11,7% (N=101). Angka mortalitas sebelum introduksi *Surgical Safety Checklist* 3,7% jadi 1,4% (Weiser, 2008). Kejadian negatif bedah setelah aplikasi *Surgical Safety Checklist* secara keseluruhan menurun dari 11% hingga 7% dan angka mortalitas turun dari 1,5% jadi 0,7% (Howard, 2011).

Strategi implementasi SSC yang komprehensif ini menunjukkan hasil yang lebih baik di negara berkembang dalam operasi berisiko tinggi (Lagoo, 2017). Penggunaan SSCL WHO dapat meningkatkan kerja sama tim di dalam kamar operasi. *Surgical safety checklist* telah banyak digunakan di dunia dan dapat dibuktikan mampu menurunkan angka kematian dan komplikasi akibat pembedahan. Salah satunya telah dilaksanakan di Amerika Serikat dan dapat menurunkan angka komplikasi 11% sampai dengan 7% penggunaan antibiotik profilaksis juga meningkat, sebelum menggunakan surgical safety checklist 56% dan sudah menggunakan surgical safety checklist jadi 83% komplikasi luka operasi menjadi 33% sampai dengan 88% dan konfirmasi tentang benar pasien juga meningkat dari 54% menjadi 92% (Baldrige dan Malcolm, 2009).

Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Sedang kepatuhan petugas profesional adalah perilaku sebagai seorang yang

profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Arikunto, 2006).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 24 Agustus 2016 dengan metode wawancara, kepala ruang IBS Muhammadiyah Bantul mengatakan rumah sakit ini sudah menerapkan *surgical patient safety* sejak dua tahun yang lalu tetapi belum seratus persen melakukan dengan baik. Beliau mengatakan tim bedah baru 80% melakukan *surgical safety checklist*. Hal ini dilihat dari tim bedah, pada saat operasi ada poin yang tidak dilakukan seperti pada fase *time out* tim bedah tidak memperkenalkan diri secara verbal, tim bedah tidak meriview pasien secara verbal, fase *sign out* perawat tidak konfirmasi secara verbal jumlah instrumen yang digunakan.

B. RUMUSAN MASALAH

Prosedur tindakan operasi bedah mayor di RS PKU Muhammadiyah Bantul sudah Mempunyai standar dari komite medis di bagian bedah, namun belum dilakukan evaluasi terkait dengan prosedur pembedahan. Berdasarkan latar belakang maka masalah yang dapat di rumuskan adalah “ Bagaimana Kepatuhan Tim Bedah dalam Penerapan *surgical safety checklist* WHO Pada operasi bedah mayor di Instalasi Bedah Sentral PKU Muhammadiyah Bantul “

Pertanyaan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan tim operasi terhadap *Surgical safety checklist* di ruang bedah sentral RS PKU Muhammadiyah Bantul?
2. Bagaimana kepatuhan tim operasi terhadap *surgical safety checklist* di ruang bedah sentral RS PKU Muhammadiyah Bantul?
3. Bagaimana cara meningkatkan pemahaman dan kesadaran pentingnya pengisian *surgical safety checklist* : *sign in*, *time out* dan *sign out* di ruang bedah sentral RS PKU Muhammadiyah Bantul
4. Bagaimana strategi yang diperlukan untuk mengatasi hambatan penerapan *surgical safety checklist* di kamar operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Mengetahui kepatuhan tim bedah dalam penerapan *surgical patient safety checklist* pada operasi bedah mayor di Instalasi Bedah Sentral PKU Muhammadiyah Bantul
2. Mengetahui kepatuhan tim bedah dalam menerapkan *surgical safety checklist* fase *sign in* pada operasi bedah mayor di Instalasi Bedah Sentral PKU Muhammadiyah Bantul
3. Mengetahui kepatuhan tim bedah dalam menerapkan *surgical safety checklist* fase *time out* pada operasi bedah mayor di Instalasi Bedah Sentral PKU Muhammadiyah Bantul

4. Mengetahui kepatuhan tim bedah dalam menerapkan *surgical safety checklist* fase *sign out* pada operasi bedah mayor di Instalasi Bedah Sentral

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis

- a. Dapat digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan
- b. Dapat dijadikan masukan untuk mengkaji lebih lanjut tentang pelaksanaan *surgical safety* diruang operasi

2. Manfaat Praktis

Semoga dapat terus menerapkan *surgical safety checklist* di ruang IBS pada pada pasien periferatif yang terdiri dari tiga fase yaitu *Sign in, time out, sign out* dapat dilakukan secara komprehensif untuk menambah dan memperbaiki kualitas mutu agar keselamatan pasien menjadi lebih baik

3. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman tentang pelaksanaan pasien operasi bedah mayor