

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Akreditasi Rumah Sakit**

###### **a. Definisi Akreditasi**

Akreditasi rumah sakit merupakan suatu penilaian sistematis dan pengakuan yang dilakukan oleh pemerintah pada organisasi kesehatan terhadap rumah sakit karena telah sesuai dengan standar yang disyaratkan (Kusbaryanto, 2010). Akreditasi merupakan salah satu alat untuk mengevaluasi pelaksanaan kinerja organisasi kesehatan. Selain itu, akreditasi juga merupakan salah satu program untuk meningkatkan mutu eksternal organisasi kesehatan. Penyelenggara menggunakan instrumen akreditasi sebagai alat ukur untuk menilai suatu rumah sakit dalam memenuhi standar pelayanan rumah sakit (Menkes RI, 2012).

Berdasarkan Undang - Undang nomor 36 tahun 2009 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, maka pemerintah menetapkan standar mutu pelayanan kesehatan. Untuk

mewujudkannya, salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan adalah dengan melaksanakan akreditasi rumah sakit secara berkala minimal 3 tahun sekali (Presiden RI, 2009).

b. Tujuan Akreditasi

Akreditasi mempunyai 2 tujuan yaitu, tujuan umum dan tujuan khusus (Kusbaryanto, 2010).

1) Tujuan umum

Tujuan umum akreditasi adalah memperoleh gambaran mengenai seberapa jauh organisasi kesehatan di Indonesia telah sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan sehingga organisasi kesehatan dapat mempertanggungjawabkan mutu pelayanannya.

2) Tujuan khusus

Tujuan khusus akreditasi meliputi:

a) Memberikan pengakuan dan penghargaan kepada organisasi kesehatan yang sudah mencapai tingkat pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan.

b) Memberikan jaminan kepada petugas bahwa semua sarana prasarana, tenaga dan lingkungan yang dibutuhkan sudah tersedia, sehingga mampu mendukung usaha yang dilakukan untuk menyembuhkan dan mengobati pasien dengan baik.

c) Memberikan jaminan dan kepuasan kepada pasien dan masyarakat bahwa pelayanan yang dilakukan organisasi kesehatan dilakukan dengan sangat baik.

c. Manfaat Akreditasi

Menurut Kusbaryanto (2010) akreditasi yang dilakukan organisasi kesehatan mempunyai empat manfaat utama sebagai berikut:

1) Manfaat bagi organisasi kesehatan:

a) Menjadi forum komunikasi dan konsultasi antara organisasi kesehatan dengan lembaga akreditasi yang bisa memberikan saran untuk perbaikan dalam pelayanan kesehatan.

- b) Dengan *self-evaluation*, organisasi kesehatan bisa melihat pelayanan yang termasuk di bawah standar sehingga harus ditingkatkan.
  - c) Menjadi faktor penting dalam penerimaan tenaga kerja.
  - d) Menjadi sarana dalam melakukan negoisasi dengan lembaga asuransi kesehatan.
  - e) Sebagai alat promosi kepada masyarakat.
  - f) Sebagai salah satu kriteria yang ditetapkan pemerintah dalam memberikan ijin terkait tempat pendidikan tenaga medis atau keperawatan.
  - g) Meningkatkan image dan kepercayaan masyarakat kepada organisasi kesehatan.
- 2) Manfaat bagi masyarakat adalah:
- a) Menjadi penentu bagi masyarakat untuk memilih organisasi kesehatan yang mempunyai pelayanan yang baik.
  - b) Membuat masyarakat merasa aman ketika memperoleh pelayanan kesehatan di organisasi kesehatan tersebut.
- 3) Manfaat bagi pegawai organisasi kesehatan:
- a) Membuat perawat merasa aman dalam bekerja karena sarana prasarana sudah sesuai standar.

b) Meningkatkan kesadaran perawat akan pentingnya memenuhi standar dan meningkatkan mutu pelayanan.

4) Manfaat bagi pemilik organisasi kesehatan:

Pemilik menjadi lebih tahu bahwa organisasi yang didirikannya dikelola dengan efektif dan efisien.

d. Langkah-Langkah Persiapan Akreditasi

Pelaksanaan persiapan akreditasi rumah sakit dilakukan oleh Tim Pendamping Akreditasi dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Lokakarya selama dua hari efektif untuk menggalang komitmen dan pengenalan standar dan instrument akreditasi, pembentukan panitia persiapan akreditasi dan pembentukan kelompok kerja sesuai kebutuhan.
- 2) Pendampingan diikuti oleh seluruh staf untuk memahami dengan rinci standard dan instrumen akreditasi dan persiapan self-assessment.
- 3) Pelaksanaan penilaian mandiri atau *self-assessment* oleh Panitia Persiapan Akreditasi.

- 4) Panitia Persiapan Akreditasi melakukan pembahasan hasil self assessment bersama Tim Pendamping Akreditasi dan membuat Rencana Aksi untuk persiapan akreditasi.
- 5) Menyiapkan dokumen akreditasi.
- 6) Penataan sistem manajemen dan sistem pelayanan klinis sesuai dengan analisis hasil self assessment.
- 7) Setelah penyusunan dokumen dan program-program, selanjutnya adalah melakukan implementasi sesuai dengan kebijakan, pedoman, prosedur, dan program kegiatan yang direncanakan.
- 8) Penilaian Prasertifikasi oleh Tim Pendamping Akreditasi, untuk mengetahui kesiapan rumah sakit agar dapat diusulkan untuk dilakukan penilaian akreditasi. Pengusulan rumah sakit yang siap diakreditasi dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota setempat berdasarkan rekomendasi dari hasil Penilaian Prasertifikasi oleh Tim Pendamping Akreditasi.

e. Dampak Pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit

Pelaksanaan akreditasi menjadi pilihan utama dalam usaha meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Proses akreditasi

berperan besar terhadap peningkatan kualitas dan tertanamnya budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Selain itu, disampaikan pula bahwa dalam proses pelaksanaannya, akreditasi melibatkan seluruh individu yang ada di dalam lingkungan rumah sakit, sehingga mereka juga memegang peranan yang penting terhadap terwujudnya peningkatan kualitas dan keselamatan pasien di rumah sakit (Melo, 2016).

Kegiatan pasca akreditasi dilakukan dalam bentuk survei verifikasi yang dilakukan oleh lembaga independen pelaksana akreditasi yang melakukan penetapan status akreditasi terhadap rumah sakit tersebut. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit sesuai dengan rekomendasi dari surveior (Poerwani and Sopacua, 2006; Menkes RI, 2012)

## **2. Teori Perilaku**

Perilaku manusia berasal dari dorongan dalam diri manusia yang merupakan suatu usaha memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia. Perilaku tidak bisa dilepaskan dari lingkungan sosial yang berkembang di sekitar individu tersebut. Perilaku kesehatan adalah suatu tanggapan seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan

dengan suatu penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan (Sudarmo, 2008).

Notoatmodjo (2003) membedakan perilaku manusia berdasarkan bentuk respon terhadap stimulus menjadi dua bagian yaitu yang pertama berupa perilaku tertutup (*covert behavior*), hal ini ditunjukkan dalam bentuk perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran dan reaksi lainnya yang tidak tampak. Yang kedua adalah perilaku terbuka (*overt behavior*) yaitu dalam bentuk tindakan yang nyata.

Faktor-faktor yang menyebabkan perubahan perilaku dapat dibagi menjadi tiga bagian, yaitu, faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor predisposisi merupakan faktor-faktor yang mendahului terhadap perilaku atau dasar dan motivasi bagi perilaku. Sebagai contoh adalah pengetahuan, keyakinan, nilai dan sikap. Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan suatu motivasi terlaksana, yang termasuk di dalamnya adalah ketrampilan, sumber daya pribadi, dan sumber daya komuniti. Sumber daya yang dimaksud meliputi fasilitas pelayanan kesehatan yang terjangkau, biaya, jarak, transportasi, atau jam operasional. Faktor penguat merupakan faktor penyerta yang datang sesudah perilaku tersebut mendapatkan respon. Faktor



ini yang menentukan apakah tindakan kesehatan mendapat dukungan atau tidak. Sumber faktor ini dipengaruhi oleh tujuan dan jenis program, misalnya, keluarga, pimpinan, rekan kerja, dan teman sejawat (Sugiyanto, 2006).

Sedangkan menurut Notoadmojo (2003), bentuk operasional dari perilaku dapat dibagi menjadi tiga, yaitu:

a. Pengetahuan

Pengetahuan seseorang didapatkan dari pengalaman, tingkat pengetahuan, dan pengalaman baik dari lingkungan sekitar seperti teman, petugas, dan kerabat, hasil dari penglihatan atau pendengaran terhadap suatu obyek dan informasi dari berbagai media cetak maupun elektronik yang membentuk suatu keyakinan sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan yang diyakininya.

b. Sikap

Sikap merupakan suatu keadaan mental maupun keadaan berpikir yang dipersiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu obyek atau stimulus berdasarkan pengalaman, yang dapat mempengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung pada perilaku.

c. Tindakan atau praktik

Pengetahuan, sikap, perilaku dan keyakinan atau niat dapat menjadi faktor pendukung untuk terwujudnya sikap menjadi perbuatan.

Kinerja merupakan suatu hasil yang diinginkan dari perilaku. Kinerja yang baik didapatkan dari kemauan usaha, kemampuan, serta faktor yang mendukung dari lingkungan dan tidak mendapat hambatan yang berarti. Gibson (2008) mengatakan bahwa kinerja pegawai dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

a. Faktor Individu

Yang termasuk dalam faktor individu adalah keterampilan dan juga kemampuan, latar belakang, dan demografis (umur, daerah asal, dan lain sebagainya).

b. Faktor Organisasi

Yang termasuk di dalamnya adalah sumber daya, kepemimpinan, imbalan atau kompensasi, struktur organisasi, dan pekerjaan.

c. Faktor Psikologis

Persepsi, sikap, kepribadian, pola belajar dan juga motivasi.

Selain itu, Timpe dan Dale dalam Suryaningtyas (2014) mengatakan bahwa kinerja dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal merupakan faktor yang

berasal dari dalam diri sendiri, di antaranya adalah masa kerja, pengetahuan, dan motivasi. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar yang dapat mempengaruhi seseorang, seperti lingkungan kerja, organisasi, maupun kepemimpinan.

### **3. *Surgical Safety Checklist***

Program “*The Surgical Safety Saves Lives*” yang dicanangkan oleh WHO bertujuan untuk meningkatkan *surgical safety* dan mengurangi jumlah kematian akibat pembedahan dan komplikasi melalui empat cara (*World Alliance for Patient safety*, 2009):

- a. Memberikan klinisi, pengelola rumah sakit dan masyarakat umum informasi penting tentang aturan dan pola *surgical safety* dalam kesehatan masyarakat.
- b. Menetapkan pengukuran minimal yang seragam atau statistika vital pembedahan untuk surveilans nasional dan pelayanan pembedahan internasional.
- c. Mengenalkan paket standar sederhana *surgical safety* yang dapat digunakan di semua negara dan dalam keadaan apapun yang dirangkum dalam sebuah *checklist surgical safety* untuk digunakan di kamar operasi.

d. Pengujian *checklist* dan survei alat – alat di tempat panduan di seluruh daerah WHO dan kemudian penyebaran *checklist* ke rumah sakit seluruh dunia.

Studi oleh WHO “*Safe Surgery Saves Lives*” juga menjelaskan hasil studi ujicoba *checklist* di delapan rumah sakit di enam Negara WHO dengan 3733 pasien sebelum implementasi dan 3955 pasien setelah implementasi. Setelah ujicoba implementasi *checklist*, kematian akibat operasi menurun 47% dan komplikasi berkurang 36%.

Program “*The Surgical Safety Saves Lives*” merancang *checklist* yang dapat digunakan oleh praktisi yang tertarik dalam promosi keselamatan pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan pembedahan. *Checklist* tersebut memperkuat dibuatnya praktik – praktik keselamatan dan memastikan kemanfaatan langkah – langkahnya telah diterima sebagai praktik rutin seluruh dunia. Tujuannya tidak hanya pada implementasi pola tunggal atau menciptakan sebuah alat peraturan, tetapi diharapkan dapat mengenalkan elemen keselamatan utama ke dalam rutinitas operasi sehingga tim pelaksana dapat memaksimalkan kemungkinan hasil terbaik untuk semua pasien pembedahan tanpa menempatkan sebuah

beban baru kepada sistem atau penyedia pelayanan (*World Alliance for Patient Safety*, 2008a).

Untuk mengimplementasikan *checklist* ini selama pembedahan dibutuhkan seseorang yang bertanggung jawab untuk memberi tanda di kotak yang disediakan di *checklist*. Hal tersebut dapat dilakukan oleh perawat yang bersirkulasi, atau dapat juga dikerjakan oleh klinisi atau professional pelayanan kesehatan yang berpartisipasi dalam pembedahan. *Checklist* terdiri dari tiga fase: periode sebelum induksi anastesi (*sign in*), periode setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan (*time out*), dan periode selama atau segera setelah penutupan luka (*sign out*). Pada setiap fase, koordinator *checklist* harus minta ijin untuk konfirmasi bahwa tim telah melengkapi tugasnya sebelum proses selanjutnya. Setelah tim operasi menjadi familiar dengan *checklist*, maka mereka dapat mengintegrasikan pengecekan ke pola kerja mereka dan mengemukakan secara verbal penyelesaian setiap langkah tanpa intervensi eksplisit dari koordinator *checklist*. Setiap tim harus melihat kegunaan *checklist* itu sendiri ke dalam pekerjaan mereka dengan efisiensi yang maksimum dan minimum

gangguan demi menyempurnakan langkah – langkah secara efektif (*World Alliance for Patient Safety, 2008a*).

Deskripsi masing-masing fase untuk implementasi *checklist surgical safety* dijelaskan pada bagian berikut ini.

a. *Sign In*

- 1) Pasien telah mengkonfirmasi identitas, lokasi, prosedur dan persetujuan tindakan medis.

Koordinator secara verbal mengkonfirmasi dengan pasien mengenai identitas, tipe prosedur yang akan dijalani, lokasi pembedahan dan persetujuan tindakan medis telah diberikan. Meskipun hal ini terlihat seperti berulang-ulang, langkah ini sangat esensial untuk memastikan bahwa tim tidak akan mengoperasi pasien pada pasien yang salah, tempat yang salah, atau prosedur yang salah. Ketika konfirmasi oleh pasien tidak memungkinkan, seperti pasien anak-anak atau tidak berkapasitas, seorang penjaga (*caregiver*) atau keluarga dapat pula dikonfirmasi. Jika penjaga atau keluarga tidak ada, maka langkah ini dapat dihapuskan, seperti pada kasus-kasus emergensi, maka kotak pada *checklist* tidak perlu diisi.

## 2) Penanda Lokasi

Koordinator *checklist* harus mengkonfirmasi bahwa operator telah menandai lokasi operasi pada kasus-kasus yang melibatkan sisi yang bersebelahan (perbedaan kanan dan kiri) atau struktur multiple (jari, lesi kulit, vertebra). Beberapa rumah sakit tidak memerlukan penanda lokasi karena jarang terjadi kesalahan lokasi pembedahan. Penanda lokasi ini harus konsisten dilakukan untuk back-up konfirmasi lokasi dan prosedur yang benar.

## 3) Pemeriksaan keamanan anestesi telah dilengkapi.

Koordinator melengkapi langkah ini dengan menanyakan kepada profesional anestesi untuk verifikasi penyelesaian pemeriksaan keamanan anestesi, seperti inspeksi peralatan anestesi, medikasi dan risiko pasien yang teranestesi sebelumnya. Untuk membantu mengingat hal tersebut, tim anestesi harus melengkapi ABCDEs (pemeriksaan airway equipment, breathing system [termasuk oksigen dan agen inhalasi], *suction*, dan obat-obatan emergency berfungsi dengan baik).

## 4) *Pulse oxymeter* berfungsi pada pasien

Koordinator *checklist* mengkonfirmasi bahwa *pulse oxymeter* telah diletakkan pada pasien dan berfungsi secara benar sebelum induksi anastesi. Idealnya, pembacaan alat ini terlihat oleh tim operasi. Sistem suara harus digunakan yang memungkinkan untuk memperingati tim mengenai denyut nadi dan saturasi oksigen. Jika alat ini tidak berfungsi, maka operator dan profesional anastesi harus mengevaluasi kondisi pasien dan mempertimbangkan untuk menunda pembedahan sampai langkah-langkah sesuai diambil. Pada keadaan urgensi, untuk menyelamatkan hidup atau anggota tubuh, persyaratan ini dapat dilepaskan dan kotak pada *checklist* dikosongkan.

5) Apakah pasien mempunyai alergi yang diketahui?

Koordinator *checklist* harus menanyakan secara langsung pertanyaan ini dan dua pertanyaan berikutnya langsung ke profesional anastesi. Pertama, koordinator harus menanyakan apakah pasien mempunyai alergi yang diketahui dan jika ada, apa alergi tersebut. Jika koordinator mengetahui alergi pada pasien, tetapi profesional anastesi tidak mengetahuinya, maka



koordinator harus mengkomunikasikannya dengan profesi anastesi.

6) Risiko aspirasi atau kesulitan jalan nafas pasien.

Koordinator harus mengkonfirmasi secara verbal apakah tim anastesi telah secara obyektif menilai kesulitan jalan nafas pasien. Ini dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu skor *mallampati*, *thyromental distance*, dan *Bellhouse-Dore score*. Evaluasi obyektif jalan nafas menggunakan metode yang valid lebih penting dibandingkan pemilihan metode itu sendiri. Jika evaluasi jalan nafas mengindikasikan risiko tinggi jalan nafas (seperti skor *Mallampati* 3 atau 4), tim anastesi harus menyiapkan untuk bahaya jalan nafas ini (misalnya dengan anastesi regional) dan mempunyai peralatan emergensi yang mudah dijangkau. Asisten yang mampu apakah profesional anastesi yang lain, operator, atau perawat harus secara fisik mau membantu induksi anastesi. Risiko aspirasi harus dievaluasi sebagai bagian dari penilaian jalan nafas. Jika pasien mempunyai refluks aktif simtomatik atau lambung penuh, profesional anastesi harus menyiapkan untuk

kemungkinan aspirasi. Risiko dapat dikurangi dengan modifikasi rencana anestesi misalnya menggunakan teknik induksi cepat dan meminta bantuan asisten untuk menekan krikoid selama induksi. Pasien yang mengalami kesulitan jalan nafas atau aspirasi, kotak pengisian *checklist* harus diberi tanda hanya jika profesional anestesi mempunyai peralatan yang adekuat dan asisten yang hadir saat itu.

- 7) Risiko kehilangan darah  $> 500\text{ml}$  ( $7\text{ml/kgBB}$  pada anak-anak)

Pada langkah ini, koordinator harus menanyakan kepada tim anestesi apakah pasien berisiko kehilangan lebih dari setengah liter darah selama pembedahan untuk memastikan pengenalan dan persiapan untuk kejadian kritis tersebut, dimana syok hipovolemi terjadi jika kehilangan darah  $>500\text{ml}$ . Persiapan yang adekuat dan resusitasi dapat mengatasi masalah ini. Operator dapat tidak secara konsisten mengkomunikasikan risiko kehilangan darah besar kepada anestesi atau atau perawat. Jika profesional anestesi tidak mengetahui risiko kehilangan darah, maka ia harus berdiskusi

dengan operator mengenai hal tersebut sebelum induksi anastesi. Jika terdapat risiko kehilangan darah >500ml, maka harus terpasang minimal dua jalur intravena atau kateter vena sentral. Tim harus mengkonfirmasi ketersediaan cairan dan darah untuk resusitasi.

b. *Time Out*

*Time out* merupakan “*pause*” sementara oleh tim sebelum insisi kulit untuk konfirmasi beberapa pemeriksaan keamanan yang esensial yang melibatkan seluruh tim. Sebelum melakukan anastesi, anggota tim operasi melakukan doa bersama dan meyakinkan bahwa semuanya sudah dipersiapkan.

1) Semua anggota tim telah memperkenalkan nama dan peranan masing – masing.

Anggota tim dapat berganti tiap tindakan operasi. Manajemen efektif situasi risiko tinggi membutuhkan semua anggota tim mengerti setiap anggotanya dan peranan serta kemampuan mereka. Koordinator akan menanyakan kepada setiap orang yang berada di ruangan untuk memperkenalkan nama dan perannya. Tim yang sudah mengenal satu sama lain

mengkonfirmasikan masing – masing orang yang telah dikenal, namun anggota baru atau staf yang dirotasi ke kamar operasi sejak operasi terakhir harus memperkenalkan diri, termasuk pelajar ataupun personel lain.

- 2) Operator memastikan identitas pasien, lokasi dan prosedur.

Sebelum melakukan tindakan, operator memastikan identitas pasien, langkah ini sangat penting untuk memastikan bahwa tim tidak melakukan operasi salah sisi atau melakukan prosedur yang salah. Langkah ini merupakan standar *time out*.

- 3) Apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir?

Pemberian antibiotik profilaksis pada pembedahan adalah penggunaan antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi setelah pembedahan. Pemberian antibiotik yang tepat dapat mengurangi terjadinya infeksi luka operasi, tetapi penggunaan antibiotik yang berlebihan dapat mengakibatkan terjadinya resistensi terhadap antimikroba. Harus ada perbedaan antara

pemberian antibiotik profilaksis pada sebelum pembedahan dan sesudah pembedahan.

- 4) Antisipasi kejadian krisis.
- 5) Komunikasi tim yang efektif merupakan komponen penting dari pembedahan yang aman, tim kerja yang efisien dan pencegahan komplikasi. Untuk memastikan komunikasi mengenai isu pasien kritis, selama *time out coordinator checklist* memimpin diskusi singkat antara operator, staf anestesi dan staf perawat mengenai rencana bahaya dan operasi. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan sederhana kepada setiap anggota tim. Selama prosedur rutin, operator dapat menanyakan pernyataan sederhana, “ini seperti kasus biasa dengan durasi X” dan kemudian menanyakan kepada profesional anestesi dan perawat jika mereka mempunyai pertimbangan tertentu.
- 6) Tinjauan operator: apakah langkah langkah kritis atau yang tidak diharapkan, durasi operasi, antisipasi kehilangan darah Diskusi mengenai langkah-langkah kritis atau yang tidak diharapkan. Minimal untuk mengkonfirmasi anggota tim mengenai setiap langkah

yang meletakkan pasien dalam bahaya kehilangan darah yang cepat, cedera atau morbiditas utama lainnya.

7) Tinjauan tim anestesi: apakah pasien mempunyai pertimbangan khusus tertentu Pada pasien yang beresiko kehilangan darah, ketidak stabilan hemodinamik atau morbiditas utama lainnya karena prosedur, seorang anggota tim anestesi harus mengutarakan rencana spesifik dan mempertimbangan resusitasi. Pada ketiadaan risiko kritis yang harus dibagi dengan tim, professional anestesi dapat mengatakan dngan sederhana, “saya tidak mempunyai sesuatu pertimbangan yang khusus pada kasus atau pasien ini”.

8) Tinjauan tim perawat: apakah sterilisasi telah dikonfirmasi dan apakah ada pemberitahuan mengenai peralatan atau yang lain.

Perawat yang memcuci atau teknisi yang mengatur peralatan harus secara verbal mengkonfirmasi bahwa sterilisasi telah dilaksanakan. Jika tidak ada pemberitahuan yang penting, maka perawat yang mencuci atau teknisi dapat mengatakan sederhana

“sterilisasi terjaga, saya tidak ada pemberitahuan yang lain”.

9) Penempatan pencitraan

Pencitraan penting untuk memastikan rencana yang sesuai dan melibatkan banyak operasi, termasuk beda tulang, spinal, prosedur thorakal dan banyak reseksi tumor. Selain *time out* koordinator harus menanyakan kepada operator apakah perlu pencitraan. Jika iya, koordinator harus mengkonfirmasi secara verbal mengenai pencitraan yang ada di ruangan dan selalu diletakan selama operasi. Jika pencitraan dilakukan tetapi tidak dipasang, maka harus diambil. Operator harus memutuskan apakah proses dapat dilakukan tanpa pencitraan, jika iya maka kotak pengisian dikosongkan. Jika tidak dibutuhkan, maka diisikan pada kolom “tidak dapat diaplikasikan”.

c. *Sign Out*

- 1) Perawat melakukan konfirmasi secara verbal dengan tim mengenai nama prosedur yang telah di rekam. Sejak prosedur di ubah atau diperluas selama operasi, koordinator checklist harus mengkonfirmasi dengan

operator dan tim mengenai prosedur yang telah dilakukan. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan, “prosedur apa yang telah dilakukan?” atau “apakah kita telah melakukan prosedur X?”

2) Perhitungan Instrument, Jarum, dan Kassa

Pelaksanaan perhitungan instrumen, jarum, dan kasa di instalasi bedah sudah mempunyai *checklist* tersendiri berupa rekam asuhan keperawatan perioperative di mana perhitungan pertama (sebelum operasi) dan tambahan selama operasi dilakukan. Perawat memberitahukan secara lisan kepada tim mengenai kelengkapan instrumen.

3) Jika Ada Spesimen, Harus Dilakukan Pelabelan

Perawat atau dokter bedah membuat label yang benar dari setiap specimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membuat pengantar patologi dan menggambarkan bentuk dari specimen. Kesalahan dalam membuat label berpotensi bencana bagi pasien, dan telah terbukti menjadi sumber kesalahan pada pemeriksaan patologi anatomi.

4) Permasalahan Berbagai Peralatan



Koordinator harus mengkonfirmasi masalah peralatan diidentifikasi oleh tim

- 5) Pada tahap akhir sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi dilakukan pemeriksaan keselamatan. Hal ini bertujuan untuk memberikan informasi tentang kondisi pasien kepada perawat yang bertanggung jawab di ruang pemulihan saat pemindahan pasien dari ruang operasi ke ruang pemulihan.

## **B. Penelitian Terdahulu**

1. Ulfa (2017) meneliti mengenai kelengkapan Rekam Medis berdasarkan Standar KARS 2012 di RSUD Muhammadiyah Ponorogo. Desain penelitian menggunakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan kuantitatif dan rancangan cross sectional dengan menggunakan 30 sampel rekam medis bulan Juli 2016 dan 30 sampel rekam medis bulan Agustus 2016. Hasil penelitian menunjukkan bahwa standar yang tercapai pada rekam medis lengkap (100%) menjelang survei akreditasi sebanyak 12 standar sedangkan setelah akreditasi sebanyak 8 standar.
2. Widyaningrum (2013) melakukan penelitian yang berjudul pengaruh pre akreditasi JCI (*Joint Commission International*)

terhadap kelengkapan data rekam medis resume pasien rawat inap di rumah sakit Dr. Moewardi Surakarta. Desain penelitian adalah eksperimental dengan menggunakan 95 sampel rekam medis sebelum dan sesudah akreditasi. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan adanya pengaruh akreditasi terhadap kelengkapan data rekam medis resume pasien rawat inap di rumah sakit Dr. Moewardi Surakarta dengan pengaruh yang sangat kuat.

3. Kusbaryanto (2010) meneliti tentang hubungan peningkatan mutu rumah sakit dengan akreditasi rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh bermakna dari akreditasi terhadap mutu rumah sakit. Perbedaan pada penelitian ini terdapat pada tujuan dan metode yang digunakan. Pada penelitian ini penulis bertujuan untuk melihat pengaruh akreditasi terhadap kepatuhan pengisian lembar *Surgical Safety Checklist*.
4. Widyaningrum dan Budi (2013) melakukan penelitian di RS Jiwa Grhasia DIY yang bertujuan untuk mengetahui kelengkapan pengisian lembar resume dokter dalam pemenuhan standar akreditasi, mengetahui penyebab ketidak terisian lembar resume dokter dan upaya yang dilakukan petugas rekam medis dan profesi terkait dalam mengatasi permasalahan tersebut. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh

Widyaningrum dan Budi (2013) yaitu sama-sama mengkaji mengenai akreditasi KARS 2012, dan jenis penelitian yang berupa kuantitatif. Perbedaan dengan penelitian ini yaitu pada penelitian yang dilakukan oleh Widyaningrum meneliti untuk kelengkapan bagian resume dokter, sedangkan pada penelitian ini tentang kelengkapan *surgical safety checklist*.

### **C. Landasan Teori**

Pelaksanaan keselamatan pasien atau patient safety menjadi suatu sistem yang harus ada di semua rumah sakit di dunia termasuk di Indonesia. Hal ini merupakan bagian dari standar akreditasi rumah sakit 2012 yang terdiri dari empat kelompok, yaitu (1) standar pelayanan berfokus pada pasien, (2) standar manajemen rumah sakit, (3) sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, dan (4) sasaran pembangunan millennium (Millenium Development Goals). Menurut Sutoto (2013) terdapat enam sasaran keselamatan pasien, salah satunya adalah kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.

Di Indonesia, keselamatan pasien telah diatur dalam UU No.44 tahun 2009 pasal 43 tentang kewajiban rumah sakit untuk menerapkan standar keselamatan pasien (Departemen Kesehatan, 2009). Penerbitan UU dan penetapan kebijakan tersebut merupakan sebuah usaha untuk

melindungi pasien dan mencegah adanya kejadian yang tidak diinginkan. Undang – undang tersebut juga memuat prosedur pelaporan, analisa, dan aturan pemecahan masalah sebagai upaya menurunkan angka kejadian yang tidak diinginkan.

Budaya keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien adalah suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan. Banyak faktor yang mempengaruhi untuk menciptakan budaya *patient safety*, yaitu faktor kepegawaian, kepemimpinan dan manajemen, lingkungan fisik dan akreditasi rumah sakit, dan juga kriteria perawat pelaksana dapat mempengaruhi penerapan sistem budaya keselamatan pasien. Dari banyak faktor tersebut, peran akreditasi sangat penting dimana pada pelaksanaan akreditasi akan melibatkan faktor-faktor lain secara aktif. Dengan dilakukannya evaluasi yang terjadwal pada saat proses akreditasi, diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan pengisian *surgery safety checklist* sehingga dapat terus meningkatkan penerapan budaya *patient safety*.

Di dalam Permenkes nomor 46 tahun 2015 dituliskan bahwa akreditasi merupakan pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar akreditasi. Akreditasi merupakan salah satu

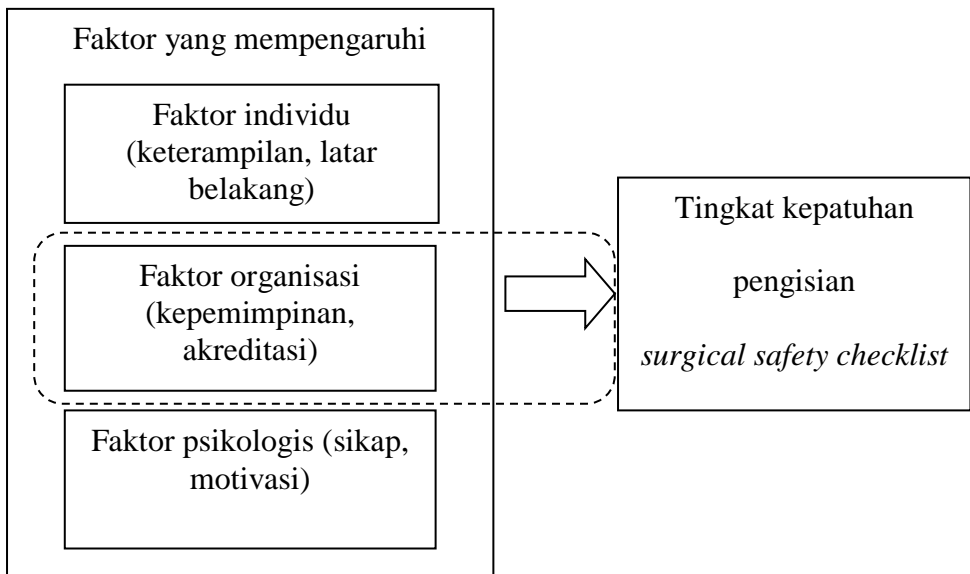
metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan sebuah rumah sakit (Devkaran, 2014). Tujuan dari akreditasi adalah meningkatnya mutu dan pelayanan pasien, meningkatnya perlindungan bagi sumber daya kesehatan, meningkakan kinerja klinik dalam pelayanan kesehatan (Permenkes, 2015).

Program “*The Surgical Safety Saves Lives*” yang dicanangkan oleh WHO bertujuan untuk meningkatkan *surgical safety* dan mengurangi jumlah kematian akibat pembedahan dan komplikasi dalam empat cara (*World Alliance for Patient safety*, 2009):

1. Memberikan klinisi, pengelola rumah sakit dan masyarakat umum informasi penting aturan dan pola *surgical safety* dalam kesehatan masyarakat.
2. Menetapkan pengukuran yang seragam minimal atau statistika vital pembedahan untuk surveilans nasional dan internasional pelayanan pembedahan.
3. Mengenalkan paket standar sederhana *surgical safety* yang dapat digunakan di semua negara dan di keadaan apapun dan dirangkum dalam sebuah *checklist surgical safety* untuk digunakan di kamar operasi.

4. Pengujian *checklist* dan survei alat – alat di tempat panduan di seluruh daerah WHO dan kemudian penyebaran *checklist* ke rumah sakit seluruh dunia.

#### D. Kerangka Konsep



**Gambar 2. 1. Kerangka Konsep**

#### A. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana tingkat kepatuhan dalam melakukan pengisian *surgical safety checklist* di RS Nur Hidayah?
2. Bagaimana tingkat kepatuhan dalam melakukan pengisian *surgical safety checklist* khususnya pada poin identitas di RS Nur Hidayah?

3. Bagaimana tingkat kepatuhan dalam melakukan pengisian *surgical safety checklist* khususnya pada fase *sign in* di RS Nur Hidayah?
4. Bagaimana tingkat kepatuhan dalam melakukan pengisian *surgical safety checklist* khususnya pada fase *time out* di RS Nur Hidayah?
5. Bagaimana tingkat kepatuhan dalam melakukan pengisian *surgical safety checklist* khususnya pada fase *sign out* di RS Nur Hidayah?
6. Bagaimana pengaruh akreditasi rumah sakit dalam tingkat kepatuhan pengisian *surgery safety checklist* di RS Nur Hidayah?
7. Adakah perubahan tingkat kepatuhan pengisian *surgery safety checklist* setelah akreditasi di RS Nur Hidayah?