

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Tindakan pembedahan bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun, pembedahan juga dapat menimbulkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC), baik cidera medis maupun komplikasi yang dapat membahayakan nyawa (Haynes, 2009). Penelitian di 56 negara dari 192 negara anggota *World Health Organization* (WHO) tahun 2008 diperkirakan 234,2 juta prosedur pembedahan dilakukan setiap tahun berpotensi komplikasi dan kematian (Weiser, 2008).

Di Indonesia, pencatatan angka KTD dan KNC masih belum terdokumentasikan dengan baik. Walaupun demikian sebagian angka-angka tersebut kemungkinan dapat terjadi dari tindakan malpraktik. 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 cidera (KNC) lebih banyak dilaporkan sebesar 47.6% dibandingkan dengan KTD sebesar 46.2% (KKP-RS, 2008).

Salah satu upaya peningkatan mutu 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). *Surgical Safety Checklist* telah dilakukan uji coba di delapan rumah sakit di dunia. Hasil penelitian di delapan rumah sakit menunjukkan penurunan kematian dan komplikasi akibat pembedahan. Data kematian sebelum pengenalan *Surgical Safety Checklist* 3,7% menjadi 1,4% (Weiser, 2008). Komplikasi bedah setelah penggunaan *Surgical Safety Checklist* secara keseluruhan turun dari 11% sampai 7% dan angka kematian menurun dari 1,5% menjadi 0,7% (Howard, 2011).

*World Health Organisation* (WHO) meresmikan penggunaan *Surgical Safety Checklist* tahun 2008, tetapi sampai di Indonesia baru populer sejak keselamatan pasien masuk ke dalam standar penilaian atau akreditasi baru rumah sakit pada tahun 2012. Belum semua rumah sakit di Indonesia khususnya kamar bedah menggunakan instrument tersebut, sehingga perlu adanya sosialisasi, dukungan dan keterlibatan semua pihak agar perawat bersama semua tim yang terlibat dapat memberi pelayanan pembedahan yang terbaik buat pasien (Khofiyah, 2015).

*Surgical Safety Checklist* diterapkan di bagian bedah dan anestesi untuk meningkatkan kualitas dan menurunkan kematian serta komplikasi akibat pembedahan. Tindakan pembedahan memerlukan persamaan persepsi antara ahli bedah, anestesi dan perawat (Weiser, 2008). Adapun *Surgical*

*Safety Checklist* dibagi dalam tiga fase yaitu sebelum induksi anestesi (*sign in*), sebelum sayatan kulit (*time out*) dan sebelum pasien meninggalkan ruang operasi (*sign out*) menurut WHO (2009).

Kematian dan komplikasi akibat pembedahan dapat dicegah, salah satu pencegahan dapat dilakukan dengan kepatuhan *surgical safety checklist*. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, dokter anestesi dan lainnya. Tim operasi harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari fase *sign in*, *time out*, dan *sign out* sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Weiser, 2008). Oleh karena itu dibutuhkan kepatuhan dari semua tim operasi untuk melakukan semua poin pada *Surgical safety checklist*.

Salah satu pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang dapat menggambarkan mutu Rumah Sakit adalah pelayanan pembedahan. Sejalan dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka kegiatan pembedahan menjadi bentuk pelayanan kesehatan yang spesialisik. Kamar Bedah Sentral pada suatu Rumah Sakit merupakan unit dengan biaya yang tinggi namun dapat menghasilkan keuntungan yang cukup besar bagi Rumah Sakit (Daiki Mean, 2010). Tantangan manajemen operasional kamar operasi adalah meningkatkan efisiensi kamar operasi dengan memperhatikan aspek penjadwalan operasi, pelaksanaan operasi dan monitoring kamar operasi (Wright et al., 2010).

Tindakan operasi atau pembedahan, baik elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan. Kebanyakan prosedur bedah dilakukan di kamar operasi rumah sakit, meskipun beberapa prosedur yang lebih sederhana tidak memerlukan hospitalisasi dan dilakukan di klinik-klinik bedah dan unit bedah ambulatori. Individu dengan masalah kesehatan yang memerlukan intervensi pembedahan mencakup pula pemberian anastesi atau pembiusan yang meliputi anastesi lokal, regional atau umum.

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu: *preoperative phase*, *intraoperative phase* dan *post operative phase*. Masing-masing fase dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan.

Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Sadewa merupakan salah satu rumah sakit yang memberikan layanan bedah baik bedah elektif maupun bedah *emergency*. Jumlah operasi bedah di RSKIA Sadewa sampai tanggal 20 September 2016 adalah 138 orang dengan rincian operasi elektif 106 orang dan operasi *emergency* 32 orang menurun dibandingkan jumlah operasi pada bulan sebelumnya yaitu pada bulan Agustus 2016 jumlah operasi 152

orang dengan rincian elektif 125 orang dan *emergency* 27 orang. Jumlah operasi pada bulan Juli 2016 berjumlah 148 dengan rincian operasi *emergency* 26 kasus dan operasi elektif 122 kasus. Dibandingkan dengan rumah sakit lain yang setingkat seperti RS PKU Muhammadiyah Kotagede maupun RSKIA Sakina Idaman, RSKIA Sadewa mempunyai frekuensi operasi bedah yang lebih tinggi. Rata-rata operasi RS PKU Muhammadiyah Kotagede adalah 20-30 orang dengan rincian operasi elektif 14-22 orang dan operasi *emergency* 6-8 orang. Sedangkan rata-rata operasi bedah di RSKIA Sakina Idaman adalah 40-50 orang dengan rincian operasi elektif 30 orang dan operasi *emergency* 20 orang.

Kepatuhan tim operasi di RSKIA Sadewa sangat dituntut untuk dapat meningkatkan akreditasi rumah sakit. Kepatuhan tersebut diwujudkan dalam bentuk kesesuaian tindakan medis dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang ditetapkan rumah sakit. RSKIA Sadewa Yogyakarta beralamat di Jl. Babarsari TB 16 No 13B Catur Tunggal Depok Sleman merupakan salah satu rumah sakit khusus ibu anak di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta yang memberikan pelayanan bedah kepada pasiennya. Ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSKIA Sadewa memiliki 2 kamar operasi dengan jumlah dokter spesialis obsgyn 11 orang. Dokter spesialis anestesi 4 orang, perawat anestesi 4 orang dan perawat bedah 11 orang.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 20 September 2016 dengan metode wawancara, kepala ruang IBS RSKIA Sadewa Yogyakarta mengatakan rumah sakit ini sudah menerapkan *surgical patient safety* tetapi

belum seratus persen melakukan dengan baik. Beliau mengatakan tim operasi baru 80% melakukan *Surgical safety checklist*.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang Hubungan Pelaksanaan Operasi dengan Kepatuhan Tim Operasi Dalam Penerapan *Surgical Safety Checklist* Di IBS RSKIA Sadewa Yogyakarta.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalahnya adalah “Bagaimana Hubungan Pelaksanaan Operasi dengan Kepatuhan Tim Operasi Dalam Penerapan *Surgical Safety Checklist* di IBS RSKIA Sadewa Yogyakarta?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan pelaksanaan operasi dengan kepatuhan tim operasi dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* di IBS RSKIA Sadewa Yogyakarta.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Diketuinya pelaksanaan operasi di IBS RSKIA Sadewa Yogyakarta
- b. Diketuinya hubungan pelaksanaan operasi dengan kepatuhan tim operasi pada pre operasi dalam menerapkan *Surgical safety checklist* fase *sign in* di IBS RSKIA Sadewa Yogyakarta.

- c. Diketuainya hubungan pelaksanaan operasi dengan kepatuhan tim operasi pada intra operasi dalam menerapkan *Surgical safety checklist* fase *time out* di IBS RSKIA Sadewa Yogyakarta.
- d. Diketuainya hubungan pelaksanaan operasi dengan kepatuhan tim operasi pada post operasi dalam menerapkan *Surgical safety checklist* fase *sign out* di IBS RSKIA Sadewa Yogyakarta.

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

##### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi mahasiswa untuk menyusun tugas akhir terutama yang berhubungan dengan pelaksanaan operasi dan kepatuhan tim operasi dalam menerapkan *Surgical safety checklist*.

##### 2. Manfaat praktis

###### a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan, sumber informasi dan menambah wawasan bagi mahasiswa keperawatan khususnya perawatan pasien di kamar bedah dalam penerapan *surgical patient safety*.

###### b. Bagi RSKIA Sadewa Yogyakarta

Hasil penelitian ini dapat menambah dan memperbaiki kualitas mutu pelayanan di ruang IBS RSKIA Sadewa.

###### c. Bagi perawat anestesi

Hasil penelitian ini dapat dijadikan motivasi untuk mematuhi pengisian *surgical patient safety* pada setiap tindakan operasi.

## E. Keaslian Penelitian

1. Sandrawati (2013), penelitiannya dengan judul Rekomendasi Untuk Meningkatkan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Kamar Bedah Di RSK St. Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya. Jenis penelitian adalah observasional deskriptif dengan rancangan cross sectional. Variabel penelitian adalah kepatuhan petugas Kamar Bedah (dokter dan perawat) dalam menerapkan SSC. Populasi penelitian adalah semua perawat kamar bedah (45 orang). Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner, rekam medis kamar bedah dan *form SSC* yang telah digunakan. Analisis data menggunakan analisis deskriptif. Hasil penelitian kepatuhan penerapan SSC masih rendah (55,9%). Kesimpulannya adalah faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan SSC adalah belum adanya kebijakan sasaran keselamatan pasien dan penerapan SSC, kurang sosialisasi SPO untuk dokter dan perawat, kurangnya pengetahuan tentang SSC, kurang kesadaran pentingnya SSC, jumlah perawat kamar bedah kurang, dan merasa pengisian SSC sebagai beban kerja tambahan.

Kesamaan dengan peneliti membahas tentang kepatuhan penerapan *surgical patient safety* di kamar operasi. Sedangkan perbedaan penelitian ini adalah hubungan pelaksanaan operasi dengan kepatuhan tim operasi dalam penerapan *Surgical Patient Safety* di RSKIA Sadewa Yogyakarta. Jenis penelitian *survey analitik* dengan rancangan penelitian observasional



non eksperimen, design cross-sectional. Cara pengambilan data dengan menggunakan lembar *Checklist* (√).

2. Suharyanto (2011), penelitiannya dengan judul Analisis Faktor-Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pasien Safety di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Bintaro. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Populasi dalam penelitian adalah semua tim operasi di kamar operasi rumah sakit Premier Bintaro. Teknik pengambilan sampel dengan *total sampling* sebanyak 70 responden. Instrumen yang digunakan dengan lembar *surgical checklist*. Analisa data menggunakan *Chi-square*. Hasil penelitian secara statistik menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara *time out* dengan pasien safety ( $P\ value = 0.002$ ). Kesimpulannya untuk proses Sign In atau Sign Out dari hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna, namun disini prosedur ini tetap dijalankan karena proses ini sangat penting untuk upaya keselamatan pasien.

Kesamaan dengan peneliti membahas tentang penerapan *patient safety* di kamar operasi, menggunakan instrumen yang sama, dan desain penelitian yang sama. Sedangkan perbedaan dengan peneliti ini adalah hubungan pelaksanaan operasi dengan kepatuhan tim operasi dalam penerapan *Surgical Patient Safety* di RSKIA Sadewa Yogyakarta. Jenis penelitian *survey analitik* dengan rancangan penelitian observasional non eksperimen, *design cross-sectional*. Cara pengambilan data dengan menggunakan lembar *Checklist* (√)

- Sandrawati, 2013, Rekomendasi Untuk Meningkatkan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Kamar Bedah Di RSK St. Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya, *Skripsi*
- Saryono dan Kamaluddin, 2008, *Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Pada Pasien Di Ruang Bedah*, Edisi pertama . Jakarta: Cakra Media
- Setiadi, 2007, *Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan*. Edisi I, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Suharyanto, 2011, Analisis Faktor-Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pasien Safety di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Bintaro, *Skripsi*
- Tamsuri, 2007, *Konsep Dan Penatalaksanaan Nyeri*, Jakarta : EGC
- Weiser, et all, 2008, *An Estimation of the Global Volume of Surgery: a Modelling Strategy Based on Available Data*. *Lancet*, 372 (9633), 139-44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18582931>. Diakses tanggal 25 September 2016, Jam 07.15 WIB