

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah langkah terpenting untuk meningkatkan daya saing usaha di sektor kesehatan. Perkembangan terakhir menunjukkan bahwa masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta semakin menuntut pelayanan yang bermutu. Tak dapat dipungkiri bahwa kini pasien semakin kritis terhadap pelayanan kesehatan dan menuntut keamanannya. Berbagai fakta menunjukkan adanya masalah serius dalam mutu pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini disebabkan karena belum adanya sistem pengendali mutu yang terbaik yang dapat diterapkan. Pemahaman secara lebih mendalam tentang *Good Governance* merupakan salah satu upaya terhadap perwujudan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu. Saat ini upaya meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit sudah merupakan gerakan yang universal. Berbagai Negara maju telah menggeser paradigma “*quality*” ke arah paradigma baru “*quality safety*”, bukan hanya mutu pelayanan yang harus ditingkatkan tetapi yang lebih penting lagi adalah menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan terus menerus. (Depkes RI, 2006).

Patient safety adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (KKP-RS, 2008). Keselamatan pasien adalah proses yang dijalankan oleh organisasi yang bertujuan membuat layanan kepada pasien menjadi lebih aman. Proses tersebut mencakup pengkajian resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, serta kemampuan belajar dari suatu keadaan atau kejadian,

menindaklanjuti suatu kejadian, dan menerapkan solusi yang tepat untuk mengurangi risiko tersebut terjadi kembali.

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan, yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi, tetapi pembedahan juga dapat menimbulkan komplikasi yang membahayakan (Haynes et al, 2009) . Tindakan pembedahan wajib memperhatikan keselamatan pasien, kesiapan pasien, prosedur yang akan dilakukan, karna resiko terjadinya kecelakaan sangat tinggi, jika dalam pelaksanaannya tidak mengikuti standar prosedur operasional yang sudah ditetapkan. Tim kamar bedah pasti tidak bermaksud menyebabkan cedera pasien, tetapi fakta menyebutkan bahwa ada pasien yang mengalami KTD (Kejadian Tidak Diharapkan), KNC (Kejadian Nyaris Cedera), ataupun kejadian Sentinel yaitu Kejadian Tidak Diharapkan yang menyebabkan kematian atau cedera serius saat dilakukan pembedahan. Oleh sebab itu diperlukan program untuk lebih memperbaiki proses pelayanan, karena sebagian KTD merupakan kesalahan dalam proses pelayanan yang sebetulnya dapat dicegah melalui program keselamatan pasien (Depkes RI, 2008).

WHO (World Health Organization) tahun 2004 melaporkan bahwa di dunia setiap tahunnya terdapat 230 juta operasi, dengan rasio perbandingan penduduknya dalam 25 orang hidup terdapat 1 orang yang di operasi. Prosedur pembedahan yang dilakukan setiap tahun ini memiliki resiko komplikasi dan kematian (Weiser et al , 2008) .Hal ini dapat dilihat dengan angka kejadian tahun 2007 di Inggris dan Wales, *National Patient Safety Agency (NPSA)* melaporkan ada 127,419 insiden terkait dengan pembedahan. Selain itu juga bahwa di negara bagian Minesota, As dilaporkan terdapat 21 operasi yang mengalami kesalahan sisi dalam satu tahun (Oktober 2007 s/d Oktober 2008). Keadaan ini akan mengalami isu yang lebih berbahaya lagi jika kesalahan tersebut tidak di cegah, yang bisa menyebabkan gangguan pada keselamatan pasien (NPSA,2008).Fakta tampak bahwa ada saja pasien yang mengalami KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) maupun KNC (Kejadian Nyaris Cidera) yang mana lebih banyak disebabkan oleh kelemahan sistem, bukan kesalahan

individu semata. *To err is human*, kesalahan adalah manusiawi. Yang penting adalah bagaimana sistem dibuat sedemikian rupa agar individu mudah berbuat benar dan sulit berbuat salah. Karena sebagian KTD merupakan kesalahan yang dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif dengan melibatkan pasien berdasarkan haknya (Cahyono, 2012).

Program keselamatan pasien diperlukan untuk memperbaiki proses pelayanan. Program ini dilaksanakan untuk meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. Salah satu programnya untuk mencegah cedera pada pasien yang akan menjalani pembedahan (Kemenkes RI, 2011). WHO pada Januari 2007 juga telah membuat standar *patient safety* untuk penatalaksanaan pasien di kamar operasi yaitu dengan menerapkan *Surgical Safety Checklist* (SSC) yang berguna untuk meningkatkan keamanan operasi, menurunkan komplikasi dan kematian akibat pembedahan. *Surgical safety checklist* ini merupakan sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas bagi pasien (WHO, 2009). *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Tim ini terdiri dari dokter bedah, dokter anestesi, perawat dan praktisi lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari *fase sign in, time out, dan sign out* sehingga dapat meminimalkan setiap resiko yang tidak diinginkan seperti salah area operasi dan resiko cedera pada post operasi (Setiawati, 2015).

WHO melalui *World Alliance for Patient Safety* telah membuat *Surgical Safety Checklist*, yang selanjutnya disingkat SSC sebagai tool / alat yang digunakan oleh para klinisi di kamar bedah untuk meningkatkan keamanan operasi, mengurangi kematian dan komplikasi akibat pembedahan (WHO, 2009). SSC ini sudah di uji cobakan di 8 negara, hasil penelitian yang dilakukan terbukti bahwa SSC memberikan manfaat dengan mengurangi komplikasi dan kematian post operasi lebih dari sepertiga sehingga pada 14 Januari 2009 WHO menganjurkan agar SSC digunakan di seluruh dunia. Hasil penelitian yang dilakukan di delapan rumah sakit di dunia yang menggunakan *Surgical safety checklist* menyimpulkan bahwa terjadi penurunan komplikasi

dan kematian akibat pembedahan. Pelaksanaan *Surgical safety checklist* ini diterapkan pada dua kelompok pasien, dimana kelompok pertama terdiri dari 842 pasien sebelum pengenalan *Surgical safety checklist* dan kelompok kedua terdiri dari 908 pasien setelah pengenalan SSC. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan *Surgical safety checklist* ini lebih aman untuk mencegah dan menurunkan angka komplikasi dan kematian. Komplikasi pembedahan turun dari 18,4% menjadi 11,7% dan data kematian turun dari 3,7% turun menjadi 1,4% (Weiser et al, 2008).

Data di Indonesia tentang KTD apalagi kejadian nyaris cidera masih sering terjadi. Insiden pelanggaran 28,35 dilakukan oleh perawat. Perawat harus menyadari perannya sehingga dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan *patient safety*. Kerja keras perawat tidak dapat mencapai level optimal apabila tidak di dukung dengan sarana prasarana, manajemen rumah sakit, dan tenaga kesehatan lainnya. Di Indonesia sendiri kesalahan prosedur rumah sakit sering disebut sebagai malpraktek Adib, 2009).

Surgical safety checklist di Indonesia memang belum dilaksanakan secara maksimal, hal ini disebabkan karena masih dalam tahap sosialisasi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sandrawati tahun 2013 di RSK St.Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya, didapatkan penerapan SSC di kamar operasi belum terlaksana dengan baik, dimana penggunaan SSC hanya 33,9% dan kelengkapan pengisian SSC rerata 57,3%. Tim bedah profesional yang bertugas di rumah sakit semakin hari semakin diakui eksistensinya dalam setiap tatanan pelayanan kesehatan, sehingga dalam memberikan pelayanan secara interdependen tidak terlepas dari kepatuhan tim. Kualitas pelayanan tim yang baik dapat dinilai melalui beberapa indikator yang salah satunya adalah kepatuhan tim dalam menerapkan Standar Operasional Prosedur (Sulastri,2015).

Tenaga medis yang berkompeten terkait keselamatan pasien dapat dinilai dari kepatuhan dan perilakunya ketika memberikan asuhan perioperative yang mengutamakan keselamatan pasien. Menurut Setiadi (dalam Oktaviani, 2015) mengatakan bahwa kepatuhan dan perilaku dalam melaksanakan keselamatan

pasien dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari faktor yang teridentifikasi berupa pengetahuan, sikap, motivasi, dan kemampuan. Faktor eksternal yang mempengaruhi kepatuhan dan perilaku petugas adalah karakteristik organisasi, karakteristik kelompok, karakteristik pekerjaan dan karakteristik lingkungan.

Faktor pengetahuan mempunyai peranan yang besar terhadap kepatuhan dalam penerapan SSC. Penelitian yang dilakukan Setiawati (2015) mengatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan tim bedah terhadap kepatuhan dalam penerapan surgical safety checklist di RSUD dr. Soedirman Kebumen dengan nilai p value < dari 0,05 yaitu 0,013. Penelitian lain juga dilakukan oleh Sulastri (2015) di RSUD dr Soedirman Kebumen dengan hasil terdapat hubungan antara motivasi tim bedah terhadap kepatuhan penerapan surgical safety checklist dengan nilai p value < 0,05 yaitu 0,027. Ageng Abdi Putra dalam penelitiannya mengatakan bahwa sebagian besar (72,6 %) perawat menyatakan karakteristik pekerjaannya berhubungan dengan kepatuhannya dalam pendokumentasian.

RSUD Petala Bumi Pekanbaru telah menerapkan pencegahan cedera pada pasien yang akan menjalankan operasi dengan memberlakukan verifikasi *sign in, time out, dan sign out*, yaitu 3 tahapan mengecek kembali kondisi pasien sebelum dilakukan pembedahan. Sosialisasi telah dijalankan pada semua tim medis yang terlibat, yaitu tenaga medis dan paramedis. Keberhasilan dalam penerapannya tentulah harus ada kesepakatan dan kedisiplinan dalam pengisian form. Jenis tenaga atau tim di kamar operasi terdiri dari tim bedah (ahli bedah, asisten ahli bedah, perawat instrumen (*scrub nurse*), ahli anastesi (dokter anastesi, perawat anastesi) dan perawat sirkulasi (Maryunani, 2015).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti dengan metode wawancara terhadap petugas yang ada di RSUD Petala Bumi Pekanbaru tepatnya di Instalasi Bedah Sentral pada bulan November 2017 dengan jumlah keseluruhan perawat bedah berjumlah 12 orang, perawat anastesi 2 orang, dokter anastesi 2 orang, dokter mata 3 orang, dokter tht 3 orang, dokter anak 3 orang, dokter bedah umum 2 orang dan dokter spesialis kandungan 3 orang

didapatkan penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Petalabumi sudah dilakukan sesuai prosedur, tetapi tetap saja masih ada kekurangan baik dalam hal pencatatan, ataupun dalam proses verifikasi *Sign in, Time out, dan Sign out*. RS ini sudah mengenal SSC sejak tahun 2013, tetapi pencapaian SSC belum 100%, dari 968 orang yang dibedah hanya 43 % yang dilaksanakan SSC. Peneliti juga melakukan observasi terhadap petugas kamar operasi, didapatkan penerapan SSC sudah dilakukan dengan benar (sesuai dengan prosedur) namun masih ada kekurangan, baik dalam checklist SSC yang belum terisi secara keseluruhan ataupun dalam proses *Sign In, Time Out, dan Sign Out* itu sendiri. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas kamar bedah dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Petalabumi Pekanbaru.

B. Rumusan Masalah

Surgical Safety Checklist seharusnya dilaksanakan dengan baik untuk menurunkan komplikasi dan kematian akibat pembedahan, tetapi pada kenyataannya di Instalasi Bedah Sentral RSUD Petalabumi Pekanbaru belum terlaksana dengan baik, dari 968 orang yang dibedah pada tahun 2016 hanya 425 yang telah dilaksanakan penerapan SSC, Kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya faktor internal dan eksternal.

Berdasarkan latar belakang sikap dan motivasi yang telah diuraikan diatas yaitu kurang maksimalnya penerapan *surgical safety checklist* di kamar bedah oleh petugas kamar bedah, maka masalah penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut yaitu apa saja **Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Medis dan Paramedis Dalam Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* Di Instalasi Bedah Sentral Di RSUD Petalabumi.**

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan medis dan paramedis dalam penerapan *surgical safety checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Petalabumi Pekanbaru.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi faktor internal yang mempengaruhi kepatuhan medis dan paramedis dalam penerapan *surgical safety checklist* di RSUD Petalabumi Pekanbaru.
- b. Untuk mengidentifikasi faktor eksternal yang mempengaruhi kepatuhan medis dan paramedis dalam penerapan *surgical safety checklist* di RSUD Petalabumi Pekanbaru.
- c. Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan medis dan paramedis kamar bedah dalam penerapan *surgical safety checklist* di RSUD Petalabumi Pekanbaru.

D. Manfaat Penelitian

Dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat teoritis maupun praktis.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan masukan dan informasi untuk melengkapi bahan kepustakaan dan bahan pengayaan teori maupun praktek khususnya tentang Penerapan *surgical safety checklist* di kamar bedah.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan/Keperawatan

Dapat memberikan tambahan masukan ilmu dalam Penerapan *surgical safety checklist* di Kamar Bedah.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat dijadikan referensi dalam pembelajaran atau penelitian lebih lanjut.