

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Tingkat kesalahan pengobatan (*medication error*) di Indonesia cukup tinggi. Studi yang dilakukan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada antara tahun 2001-2003 menunjukkan bahwa kesalahan pengobatan mencapai angka 5,07%. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah cedera yang berhubungan dengan manajemen medis, dan ini berbeda dengan komplikasi penyakit (Brennan, 1991). Menurut laporan Ketua Bidang Pelaporan Insiden KNKP, Arjaty Daud, berdasarkan laporan yang diterima presentasi jenis insiden di tahun 2019, kejadian KTD dan KTC sebesar 31% dan kejadian KNC sebesar 38%. (PERSI, 2020).

Pembiusan atau tindakan anestesi yang dilakukan sebelum prosedur operasi ditujukan agar pasien tidak merasakan sensasi nyeri. Pasien yang dibius sangat rentan sehingga ahli anestesi harus berusaha untuk menjaga keamanan, kenyamanan, dan martabat setiap pasien baik secara fisik dan psikologis, sehingga menurut ASA hal tersebut menjadi salah satu tanggung jawab etis ahli anestesi kepada pasien mereka (ASA, 2020). Keats dan Hamilton, keduanya mengatakan bahwa obat anestesi ataupun obat tambahan lain, mempunyai potensi yang sama peluangnya dalam menimbulkan komplikasi dan terjadinya idosinkronisasi, itulah alasan mengapa anesthesiologi, atau dokter spesialis anestesi, berbeda dari spesialis lain. (G Morgan, et al., 2006).

Anestesi yang secara teoritis membiuskan dengan cara menghilangkan kepekaan panca indra manusia memberikan gambaran bak kematian sesaat. Dalam QS. Az-Zumar [39] ayat 42 yang berbunyi: ‘Allah memegang nyawa (seseorang) pada saat kematiannya dan nyawa (seseorang) yang belum mati ketika dia tidur; maka Dia tahan nyawa (orang) yang telah Dia tetapkan kematiannya dan Dia lepaskan nyawa yang lain sampai waktu yang ditentukan. Sungguh, pada yang demikian itu terdapat tanda-tanda (kebesaran) Allah bagi kaum yang berpikir’. Ayat tersebut menjelaskan bahwa hidup dan mati hanya ditangan Allah SWT, tenaga kesehatan hanya menjadi pion untuk membantu menjaga kelangsungan hidup hingga waktunya bagi mereka, dalam konteks ini: para pasien yang membutuhkan.

Operasi dan anestesi sekarang lebih aman daripada sebelumnya, berkat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkelanjutan. Tetapi ini tidak berarti tidak ada risiko. Faktanya, operasi dan anestesi pada dasarnya berbahaya, dan seperti halnya pengobatan atau prosedur apa pun, selalu ada resiko yang mengikutinya. Salah satu contohnya dari performa manusia dalam sistem anestesi tidak pernah sempurna. Alasan umum yang diberikan mengapa kesalahan tetap ada adalah bahwa dokter melaporkan bahwa mereka tidak selalu sadar bahwa mereka telah membuat kesalahan. (Lewis, 2014).

Insiden, baik itu bersifat emergensi maupun tidak, berujung pada kasus medis. Setiap kasus mengandung refleksi etis dengan cara menimbulkan pertanyaan mengenai pembuatan keputusan dan tindakan dokter, bukan dari segi ilmiah ataupun teknis seperti bagaimana mekanisme patofisiologi atau terapi suatu penyakit, namun pertanyaan yang muncul adalah mengenai nilai,

hak-hak, dan tanggung jawab. (Williams, 2005). Berdasarkan dengan itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Sikap dan Pandangan Dokter Spesialis Anestesi terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di ruang Operasi.”

## **B. RUMUSAN MASALAH**

1. Bagaimanakah gambaran lingkup insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Ruang Operasi?
2. Bagaimanakah tingkat sikap dan pandangan dokter spesialis anestesi mengenai insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Ruang Operasi?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

Untuk mengetahui tingkat sikap dan pandangan dokter spesialis anestesi mengenai insiden yang termasuk dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Ruang Operasi.

## **D. MANFAAT PENELITIAN**

### **a. Manfaat Teoritis**

Di harapkan penelitian ini dapat memberikan ilmu serta informasi mengenai bagaimana sikap dan pandangan para dokter spesialis anestesi terhadap insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Ruang Operasi.

### **b. Manfaat Praktis**

Di harapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bukti ilmiah maupun referensi untuk penelitian berikutnya.

## E. KEASLIAN PENELITIAN

**Tabel 1.1.**  
**Tabel Keaslian Penelitian**

No	Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
1	<i>C Pritchard et al., 2010, Bournemouth</i>	<i>Adverse Events And Patient Safety In The Operating Theatre: Perspectives Of 549 Surgeons</i>	<i>We designed a non-attributable, confidential, self-administered questionnaire to survey fellows of the Association of Surgeons of Great Britain and Ireland (ASGBI), hosted online to ensure that no respondent could be identified and that only one reply was possible. The questionnaire involved structured statements drawn from current research on patient safety<sup>1,5,7-13</sup> and open-ended questions to facilitate a better understanding of the causal chain of events leading to an AE. On statics, AE and none-AE responses were compared by chi-square tests.</i>	<i>The results of this survey, the largest such study of practising surgeons in the UK, strongly suggests that patient safety in the operating theatre is compromised by management pressures, as some managers attempt to micromanage lists. A frequently expressed view was that surgeons have often lost clinical control. In contrast, the survey demonstrated that respondents are strongly patient-centred and predominately clinically outcomeorientated. (Pritchard, 2010)</i>
2	<i>Onler E, 2014, Turkey</i>	<i>Evaluation of operating room staff's attitudes related to patient safety: A questionnaire study</i>	<i>Data were collected from 290 operating room staff including nurses, anesthetists, and surgeons at the two university hospitals in Turkey. A Turkish translation of SAQ-OR and employee information form were used to collect data.</i>	<i>The following factors significantly contributed to an increase in safety attitudes among operating room staff: having worked 11 years or more, working only in the day time, and working in operating rooms that have 2-5 surgery per day. Also, operating room staff exhibit a higher level of team collaboration and communication with their colleagues and nurses than other operating room staff. (Onler E, 2019)</i>
3	<i>Jordan D.B et al., 2016, Boston</i>	<i>Intraoperative Adverse Events in Abdominal Surgery What Happens in the Operating Room Does Not Stay in the Operating Room</i>	<i>The 2007 to 2012 institutional ACS-NSQIP and administrative databases for abdominal surgeries were matched then screened for iAEs using the Agency for Healthcare Research and Quality's 15th Patient Safety Indicator, "Accidental Puncture/Laceration". Each chart flagged during the initial screen was then manually reviewed to confirm whether an iAE occurred. Univariate then multivariable logistic regression models were constructed to assess the independent impact of iAEs on 30-day mortality,</i>	<i>A total of 9288 cases were included; 183 had iAEs. Most iAEs consisted of bowel (44%) or vessel (29%) injuries and were addressed intraoperatively (92%). In multivariable analyses, iAEs were independently associated with increased 30-day mortality [OR ¼ 3.19, 95% confidence interval (CI) 1.52-6.71, P ¼ 0.002], 30-day morbidity (OR ¼ 2.68, 95% CI 1.89-3.81, P &lt; 0.001), and prolonged postoperative LOS (OR ¼ 1.85, 95% CI 1.27-2.70, P ¼ 0.001). Postoperative complications associated with iAEs included deep/organ-space surgical site infection (OR</i>

			<p>30-day morbidity, and prolonged (7 days) postoperative LOS, controlling for preoperative/ intraoperative variables (eg, age, comorbidities, ASA, wound classification), procedure type (eg, laparoscopic vs open, intestinal, foregut, hepatopancreaticobiliary vs abdominal wall procedure), and complexity (eg, adhesions; relative value units). Propensity score analyses were conducted with each iAE patient matched with 5 non-iAE patients. Sensitivity analyses were performed.</p>	<p>¼ 1.94, 95% CI 1.20– 3.14), P ¼ 0.007), sepsis (OR ¼ 2.14, 95% CI 1.32–3.47, P ¼ 0.002), pneumonia (OR ¼ 2.18, 95% CI 1.11– 4.26, P ¼ 0.023), and failure to wean ventilator (OR ¼ 3.88, 95% CI 2.17–6.95, P &lt; 0.001). Propensity score matching confirmed these findings, as did multiple sensitivity analyses (Bohnen, 2017)</p>
4	James JJ et al., 2019,	Adverse Events in the Operating Room: Definitions, Prevalence, and Characteristics. A Systematic Review	<p>We searched Ovid Medline, Embase, and Cochrane databases for articles published up to June 2016 that measured and reported iAE. We presented the terms and definitions used to describe iAE. We identified the types of reported iAE and summarized them into discrete categories. We reported frequencies of iAE by detection methods.</p>	<p>Of the 47 included studies, 30 were cross-sectional, 14 were case-series, and 3 were cohort studies. The studies used 16 different terms and 22 unique definitions to describe 74 types of iAE. Frequencies of iAE appeared to vary depending on the detection methods, with higher numbers reported when direct observation in the OR was used to detect iAE. Twenty studies assessed severity of iAE, which were mostly based on whether they resulted in postoperative outcomes. (James, 2019)</p>
5	Wulandari dkk., 2020, Yogyakarta	Evaluasi <i>Safety Attitude Culture</i> pada Perawat di Ruang Operasi PKU Muhammadiyah Gamping	<p>Penelitian menggunakan pendekatan mixed methods research yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus (<i>case study</i>). Populasi dalam penelitian ini adalah perawat ruang operasi dengan teknik pengambilan sampel total sampling sampel 20 orang. Kuesioner dalam penelitian ini mengacu pada <i>Operating Room Version of Safety Attitudes Questionnaire</i>. Analisis data kuantitatif menggunakan analisis deskriptif sedangkan analisis kualitatif dilakukan dengan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan evaluasi <i>safety attitude culture</i> pada perawat di ruang operasi disimpulkan dalam kategori tinggi (75,0%). Sedangkan berdasarkan komponen <i>safety attitude culture</i> yaitu iklim keselamatan dalam kategori tinggi (85,0%), iklim kerja tim dalam kategori tinggi (90,0%), pengakuan stress dalam kategori tinggi (65,0%), persepsi manajemen dalam kategori sedang (75,0%), kondisi kerja dalam kategori tinggi (60,0%), kepuasan kerja dalam kategori tinggi (90,0%). (Wulandari, 2020)</p>