

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Komplikasi dan kematian akibat pembedahan menjadi salah satu masalah kesehatan global. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sedikitnya ada setengah juta kematian akibat pembedahan yang sebenarnya bisa dicegah. Di Inggris dan Wales, *National Patient Safety Agency* (NPSA) melaporkan 127.419 insiden terkait pembedahan pada tahun 2007. Di negara bagian AS yang hanya berpopulasi kurang dari 2% dari total populasi AS dilaporkan terjadi 21 operasi pada sisi yang salah hanya dalam satu tahun (Oktober 2007 s/d Oktober 2008). Keadaan sesungguhnya kemungkinan lebih banyak lagi karena sebagian besar insiden tidak dilaporkan (Djasri, *et al* 2010).

Berbagai studi melaporkan bahwa *medical error* merupakan masalah besar pada sistem pelayanan kesehatan. Penelitian Harvard menemukan bahwa sekitar 4% pasien mengalami *adverse events* selama dirawat di rumah sakit, sebesar 70% berakhir dengan kecacatan sementara, sedangkan 14% berakhir dengan kematian. Laporan yang disusun oleh *the Institute Of Medicine* (IOM) melaporkan setiap tahunnya di Amerika Serikat ada sekitar 44.000 sampai 98.000 pasien yang meninggal akibat *medical error* dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Melihat permasalahan diatas, WHO pada pertemuan ke 55 pada bulan Mei 2002 mengeluarkan sebuah resolusi *World Health Assembly 55 (WHA55)*, resolusi ini mendorong setiap negara anggotanya untuk memberikan perhatian kepada keselamatan pasien. Resolusi ini mendapat dukungan yang kuat terbukti pada tahun 2004 lebih dari setengah anggotanya telah menyatakan komitmennya terhadap program *Patient Safety*.

Sundari (2008) sampai dengan akhir oktober 2007 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 kejadian karena akibat lain-lain. Setelah dianalisis ditemukan 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 sebanyak 29 laporan, tetapi tidak ada laporan KTD yang berasal dari Instalasi Bedah Sental. Bertolak belakang dari penelitian Schimpff (2007), kamar operasi merupakan tempat yang paling sering membuat cedera dibandingkan dengan unit lain di sebuah rumah sakit, karena kamar operasi merupakan tempat yang rumit dan berisiko tinggi. Pertengahan tahun 2004 sebanyak 19 rumah sakit pendidikan di Amerika Serikat yang dilaporkan oleh *University Hospital Consortium* terdapat 71.000 kejadian dimana sebanyak 6219 (8,7%) terjadi di kamar operasi.

Menurut *National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)*, *outcome adverse events* pascaoperasi kematian terhitung sampai 30 hari. Laporan tersebut hanya mengenai kematian, dan belum dianalisis mengenai penyebab lain dari *adverse events* pascaoperasi seperti Infeksi Luka Operasi (ILO), koma lebih dari 24 jam, penggunaan *ventilator* lebih dari 48 jam, kembali ke ruang operasi dan perdarahan yang memerlukan transfusi lebih dari 4 unit dalam 72 jam.

Pada Juni 2008, WHO meluncurkan kampanye “*Safe Surgery Saves Lives*”. *Surgical Safety Checklist* digunakan untuk memastikan bahwa seluruh tim operasi mempunyai pemahaman yang sama terhadap tindakan operasi yang akan dilakukan dan kondisi pasiennya, serta memastikan bahwa intervensi seperti antibiotik profilaksis dan pencegahan *deep vein thrombosis* sudah diberikan. *Checklist* ini berisi 19 hal yang harus dilakukan dalam tiga tahap yaitu sebelum induksi anesthesia (sign in), sebelum insisi kulit (time out), dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi (sign out). Semua yang tercantum dalam checklist ini harus dikonfirmasi secara verbal kepada pasien dan anggota tim operasi.

Penelitian Weiser, *et al* (2008) studi implementasi WHO *Surgical Safety Checklist* pasca ujicoba yang dilakukan di delapan rumah sakit yang sama. Didapatkan hasil penelitian, terjadi penurunan komplikasi pada operasi emergensi sebesar 63,6%, penurunan angka kematian di rumah sakit akibat operasi dari 3,7% menjadi 1,4%. angka Infeksi Luka Operasi (ILO) turun dari

11,2% menjadi 6,6% dan kehilangan darah lebih dari 500ml turun dari 20,2% menjadi 13,2%.

Kelompok studi WHO *Safe Surgery Saves Lives* mempublikasikan laporan studi uji coba *checklist* di delapan rumah sakit di enam regio WHO dengan 3733 pasien sebelum dan 3955 pasien setelah implementasi. Setelah uji coba implementasi *checklist*, kematian akibat operasi berkurang 47% dan komplikasi berkurang 36%. Penurunan terjadi di kedelapan rumah sakit tempat penelitian yang mewakili negara berpendapatan tinggi, sedang, dan rendah. Selain penggunaan *checklist*, kelompok studi ini juga melakukan intervensi pengenalan tim operasi, *briefing* dan *de-briefing* (Djasri *et al*, 2010).

Safety briefing memungkinkan anggota tim saling memperkenalkan diri dan perannya dalam tim, kondisi pasien, potensi penyulit yang mungkin muncul, kebutuhan peralatan khusus, posisi pasien, dll. Tanpa pengenalan yang cukup, tim operasi bias jadi bekerja tanpa saling mengetahui nama masing-masing. Akibatnya, akan sulit bagi anggota tim untuk bertanya, mengingatkan atau memberitahu jika ada masalah yang terjadi. Meskipun masih banyak dokter dan perawat yang masih menganggap proses ini tidak penting, tetapi pada kenyataannya *briefing* berhasil meningkatkan level komunikasi dalam tim, mengurangi terjadinya *error* dan keterlambatan yang tidak diharapkan. Selain itu, *Teamwork* yang kurang baik diketahui berhubungan dengan peningkatan komplikasi dan kematian (OR 4.82).

Pada penelitian lain, satu tim bedah melaporkan penurunan delay sebesar 82% setelah implementasi *briefing*. Infeksi dan angka kesakitan post operasi lainnya juga menjadi perhatian yang serius diseluruh dunia. Penelitian sebelumnya mengindikasikan pengukuran yang terjamin seperti antibiotik profilaksis segera sebelum insisi dan konfirmasi sterilitas alat tidak secara konsisten diikuti. Hal ini sering diakibatkan bukan karena kurangnya sumber daya atau biaya tetapi karena buruknya sistematisasi. Sebagai contoh antibiotik yang diberikan perioperatif pada kedua negara kaya dan miskin, tetapi keduanya sering memberikan terlalu awal, terlalu terlambat atau tidak teratur (*World Alliance for Patient Safety, 2008*).

Pada penelitian di negara berkembang meskipun peningkatan pengetahuan mengenai pembedahan yang aman telah dilakukan, tetapi sebagian kejadian yang tidak diinginkan tersebut terjadi selama pelayanan pembedahan. Di negara berkembang terdapat infrastruktur dan peralatan yang kurang lengkap, kapasitas dan pelatihan personel yang inadekuat, serta kurangnya biaya memberikan kontribusi yang besar terhadap kesulitan masalah keselamatan tersebut. Oleh karena itu, *surgical safety* dan pelayanan yang berkualitas muncul sebagai global untuk mempromosikan pendekatan sebuah sistem yang luas, yang tidak hanya merupakan tugas seorang operator tetapi oleh sebuah tim pelayanan kesehatan professional yang bekerja sama dalam mendukung sistem untuk keselamatan pelayanan pembedahan (*World Alliance for Patient Safety, 2008*).

WHO telah melakukan sejumlah program yang ditujukan untuk *surgical safety*, seperti *The Global Initiative for Emergency and Essential Surgical Care and The Guidelines for Essential Trauma Care* yang berfokus pada masalah kualitas dan akses. Kemudian *The Second Global Patient Safety Challenge: Surgical Safety Saves Lives* mengenai *surgical safety* pada tahun 2008 dengan pembuatan standar keselamatan yang dapat diaplikasikan pada seluruh anggota WHO (*World Alliance for Patient Safety*, 2008). Program tersebut bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mengurangi kematian dan komplikasi selama pembedahan dengan menyediakan informasi mengenai *surgical safety* kepada klinisi dan koordinator rumah sakit memberikan cara pengukuran yang sama atau statistik utama pembedahan untuk survey nasional dan internasional pelayanan pembedahan memberikan standar *surgical safety* sederhana yang dapat diaplikasikan diseluruh negara (*World Alliance for Patient Safety*, 2008).

Dari penelitian di atas tentang penerapan *surgical safety* dari WHO dapat menurunkan resiko dan komplikasi pembedahan di ruang operasi maka peneliti ingin menerapkan *surgical safety* di PKU Muhammadiyah Bantul. Peneliti memilih melakukan penelitian di PKU Muhammadiyah Bantul karena PKU Muhammadiyah Bantul merupakan rumah sakit yang mempunyai jadwal kegiatan operasi yang banyak perharinya dan mempunyai fasilitas 3 kamar operasi yang melayani seluruh pasien jaminan dan umum. Tindakan pembedahan mayor dan minor pada tahun 2014-2015 cukup banyak pertahunnya, sementara itu standar keselamatan pasien dan kebijakan *Surgical*

Safety Checklist di ruang operasi belum diterapkan secara holistik oleh pihak rumah sakit. Angka kejadian *adverse events* di PKU Muhammadiyah Bantul pada tahun 2014-2015 didapatkan data dari bagian koordinator *Patient Safety* serta wawancara dengan perawat anastesi ruang operasi PKU Muhammadiyah Bantul dimana terdapat adanya satu kejadian infeksi luka operasi pada pasien *post* operasi dan pasien jatuh pada saat di ruang pemulihan. Pencegahan dan pengendalian angka *adverse events* sangat penting untuk dilaksanakan di rumah sakit. Oleh karena itu, diperlukan sebuah standar *surgical safety* untuk menurunkan angka terjadinya *advers events* di ruang operasi PKU Muhammadiyah Bantul.

B. RUMUSAN MASALAH

1. Bagaimana pelaksanaan *surgical safety* di instalasi bedah sentral/ ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul?
2. Apakah dengan penerapan *surgical safety checklist* dapat menurunkan angka *adverse events* di ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul?
3. Apa saja hambatan *surgical safety checklist* di ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul?
4. Bagaimana strategi yang diperlukan untuk mengatasi hambatan penerapan *surgical safety checklist* di ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul?

C. TUJUAN PENELITIAN.

1. Menganalisis pelaksanaan *surgical safety* di ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
2. Meningkatkan keberhasilan penerapan *surgical safety checklist* terhadap *Adverse Events* pascaoperasi di ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
3. Menganalisis hambatan-hambatan dalam penerapan *surgical safety checklist* di ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
4. Menganalisis strategi yang diperlukan untuk mengatasi hambatan penerapan *surgical safety checklist* di ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.

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* di ruang operasi
2. Manfaat Praktis
 - a. Dapat dijadikan masukan untuk meningkatkan program keselamatan pasien di ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
 - b. Dapat digunakan untuk pengetahuan tim operasi rumah sakit mengenai pelaksanaan *surgical safety* sesuai standar WHO.
 - c. Dapat meningkatkan keselamatan pasien dan menurunkan *adverse events* postoperasi.