

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG MASALAH**

Di era globalisasi ini perkembangan ilmu dan teknologi sangatlah pesat termasuk ilmu dan teknologi kedokteran. Keadaan tersebut berdampak terhadap pelayanan kesehatan, dimana dimasa lalu pelayanan kesehatan sangatlah sederhana, sering kurang efektif namun lebih aman. Pada saat ini pelayanan kesehatan sangatlah kompleks, lebih efektif namun apabila pemberi pelayanan kurang hati-hati dapat berpotensi terjadinya kesalahan pelayanan. Data di Amerika Serikat 1 diantara 200 orang menghadapi resiko kesalahan pelayanan di rumah sakit, dibandingkan dengan resiko naik pesawat terbang yang hanya 1 per 2.000.000 maka resiko mendapatkan kesalahan pelayanan di rumah sakit lebih tinggi. Karena itu program keselamatan pasien rumah sakit (*hospital patient safety*) sangatlah penting dan merupakan peningkatan dari program mutu yang selama ini dilaksanakan secara konservatif. Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit adalah mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang harusnya diambil (Depkes RI, 2006).

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah

kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa. Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa selama lebih dari satu abad perawatan bedah telah menjadi komponen penting dari perawatan kesehatan di seluruh dunia. Diperkirakan setiap tahun ada 230 juta operasi utama dilakukan di seluruh dunia, satu untuk setiap 25 orang hidup (Haynes, et al. 2009).

Penelitian di 56 negara dari 192 negara anggota WHO tahun 2004 diperkirakan 234,2 juta prosedur pembedahan dilakukan setiap tahun berpotensi komplikasi dan kematian. Berbagai penelitian menunjukkan komplikasi yang terjadi setelah pembedahan. Data WHO menunjukkan komplikasi utama pembedahan adalah kecacatan dan rawat inap yang berkepanjangan 3-16% pasien bedah terjadi di negara-negara berkembang. Secara global angka kematian kasar berbagai operasi sebesar 0,2-10%. Diperkirakan hingga 50% dari komplikasi dan kematian dapat dicegah di negara berkembang jika standar dasar tertentu perawatan diikuti (WHO, 2009).

Setiap Rumah Sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien. Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien. Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien rumah sakit terbagi menjadi enam sasaran, yaitu (1) sasaran ketepatan indentifikasi pasien; (2) sasaran peningkatan

komunikasi yang efektif; (3) peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; (4) kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi; (5) pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; dan (6) pengurangan resiko pasien jatuh (Permenkes, 2011)

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* , juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Kematian dan komplikasi akibat pembedahan dapat dicegah. Salah satu pencegahannya dapat dilakukan dengan *surgical safety*

*checklist. Surgical Safety Checklist* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan.

Pada *Surgical Safety Checklist* dari WHO terdapat poin dimana perlu dicatat pemberian antibiotik profilaksis 60 menit sebelum insisi kulit. Pemberian antibiotik profilaksis 1 jam sebelum insisi kulit dapat menurunkan resiko komplikasi infeksi daerah operasi (IDO) sebesar 50%. (Bratzler & Hunt, 2005).

Kejadian infeksi rumah sakit dapat meliputi dekubitus pada pasien tirah baring, flebitis dan Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) pada pasien dengan pemasangan infus, Infeksi Daerah Operasi (IDO), dan Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada pasien dengan kateterisasi urethra, *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) dan *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP), serta infeksi rumah sakit lainnya seperti diare. Pada penelitian ini banyak membahas mengenai IDO daripada infeksi nosokomial yang lain karena infeksi yang terkait dengan pembedahan dan antibiotik profilaksis preoperatif secara langsung adalah IDO.

Antibiotik profilaksis adalah antibiotik digunakan bagi pasien yang belum terkena infeksi, tetapi diduga mempunyai peluang besar untuk mendapatkannya, atau bila terkena infeksi dapat menimbulkan dampak

buruk bagi pasien. Penggunaan antibiotik di rumah sakit, sekitar 30-50 % untuk tujuan profilaksis bedah.

Penggunaan antibiotik prabedah dapat mengurangi kejadian infeksi, khususnya infeksi luka, setelah pembedahan tertentu. Namun manfaat itu harus dipertimbangkan dengan risiko reaksi alergi dan toksik, munculnya bakteri resistan, interaksi obat, superinfeksi dan biaya. Di Amerika kerugian diperkirakan sebesar 400-2600 dolar per luka operasi yang berarti antara 130-840 juta dolar pertahun. Di Indonesia infeksi pasca bedah ini memperpanjang waktu perawatan antara 15-19 hari (Rasyid, 2008)

RSU X Yogyakarta merupakan rumah sakit umum swasta tipe D dengan 50 tempat tidur yang berangkat dari rumah sakit khusus bedah pada tahun 2005. RSU X Yogyakarta dalam pembedahan dilaksanakan oleh 4 bagian yaitu Bedah Umum, Bedah Orthopedi, Obstetri dan Gynecologi (Obgyn) serta Bedah Telinga Hidung Tenggorok (THT). Pada tahun 2012 terdapat 352 kasus dan pada tahun 2013 terdapat 281 kasus dengan pembedahan di ruang operasi yang dilaksanakan oleh keempat bagian tersebut. *Length of stay* (LOS) pada pasien bedah rata-rata adalah 4 hari (RSU X Yogyakarta, 2013).

Penggunaan antibiotik oleh operator bedah tidaklah luput dari perilaku operator bedah itu sendiri. Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari gejala kejiwaan antara lain pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi dan sikap. Gejala kejiwaan

ini ditentukan atau dipengaruhi oleh faktor lain yaitu pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosial budaya masyarakat tersebut. Hal – hal inilah pada akhirnya membentuk perilaku baik individu maupun masyarakat.

*Health Belief Model (HBM)* menjadi salah satu kerangka konseptual yang digunakan secara luas di dalam perilaku kesehatan selama 5 dasawarsa. HBM digunakan untuk menjelaskan perubahan dan pemeliharaan dari perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, serta sebagai sebuah kerangka pedoman dari intervensi perilaku kesehatan. HBM menggambarkan, membandingkan, dan menganalisa dengan menggunakan sebuah aturan yang luas dari beraneka ragam teknik analitik. Lebih dari 2 dasawarsa yang lalu, lebih banyak penelitian yang melakukan penetapan ukuran dari kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan dan hubungan antara kepercayaan-kepercayaan ini.

*Health Belief Model (HBM)* seringkali dipertimbangkan sebagai kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan manusia dan telah mendorong penelitian perilaku kesehatan sejak tahun 1950-an. Hal ini menjadikan HBM sebagai model yang menjelaskan pertimbangan seseorang sebelum mereka berperilaku sehat. Oleh karena itu, HBM memiliki fungsi sebagai model pencegahan atau preventif (Stanley & Maddux, 1986)

Komponen *Health Belief Model* yang digunakan antara lain adalah *perceived susceptibility* , *perceived severity* , *perceived benefit* , *perceived barriers* , *cues to action* dan *self-efficacy* .

Keunggulan teori HBM antara lain adalah cocok digunakan untuk penelitian yang berhubungan dengan perilaku pencegahan dan pencarian pengobatan serta digunakan dalam menganalisis perilaku yang beresiko terhadap kesehatan, dan peran sakit.

Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Adapun tujuan akreditasi rumah sakit adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di rumah sakit, sehingga senantiasa berusaha meningkatkan mutu dan keamanan pelayanannya.

Dalam perjalanannya, RSU X Yogyakarta diwajibkan untuk melakukan akreditasi rumah sakit. Dalam Standar Keselamatan Pasien (SKP) keempat : Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat- pasien digunakanlah *Surgical Safety Checklist* dari WHO terdapat poin dimana perlu dicatat pemberian antibiotik profilaksis 60 menit sebelum insisi kulit.

Lidya dkk (2008) telah melakukan penelitian mengenai evaluasi penggunaan antibiotik profilaksis di ruang bedah RS Kanker Dharmais

Jakarta serta hubungannya dengan kejadian infeksi daerah operasi. Dengan hasil penggunaan antibiotik profilaksis terbanyak adalah menggunakan ceftriaxon dengan waktu pemberian yang sebagian besar tidak tepat waktu dan lebih dari 24 jam penggunaan. Kejadian infeksi daerah operasi di RS Dharmais sebesar 2,29% dengan hasil analisis bivariant dengan *chi-square* menunjukkan bahwa sifat operasi, durasi operasi dan lama rawat sebelum operasi memiliki hubungan bermakna dengan kejadian infeksi daerah operasi ( $p < 0.05$ ).

Resna dan Farida (2015) melakukan penelitian mengenai *Health Belief Model* Penderita Hipertensi Primer Non Compliance Di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif karena ingin mendapatkan kejelasan mengenai gambaran health belief penderita hipertensi primer non compliance. *Health belief* negatif yang terdapat pada sebagian besar penderita hipertensi primer non compliance di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung disebabkan adanya penilaian bahwa penyakit yang diderita bukanlah penyakit yang berbahaya atau mematikan sehingga kepatuhan pada anjuran medis atau dalam melakukan pengobatan dinilai masih belum diperlukan. Artinya, mereka meyakini bahwa kepatuhan dalam menjalankan pengobatan secara teratur lebih banyak memberikan kerugian pada diri mereka, antara lain menjenuhkan, lelah, merasa banyak aturan, adanya efek samping dari obat yang diminum. Kondisi tersebut menunjukkan *perceived benefit* dan *perceived barrier* yang negatif. Akibatnya, subjek tidak terdorong dan

mengarahkan dirinya untuk melakukan tindakan kesehatan (*cues to action*).

Pada RSUD X Yogyakarta yang dalam waktu dekat akan melaksanakan proses akreditasi, hingga saat ini penggunaan antibiotik profilaksis masih belum dilakukan evaluasi dalam penerapannya. Berangkat dari RS Khusus Bedah dan berdasarkan jumlah kasus pembedahan yang telah dilakukan, perlu adanya tinjauan mengenai keselamatan pasien bedah di RSUD X Yogyakarta. Salah satu tinjauan yang dapat dilakukan adalah menyoroti penerapan penggunaan antibiotik profilaksis preoperatifnya dengan cara observasi serta pendekatan teori HBM untuk mengetahui landasan para operator bedah dalam berperilaku memberikan atau tidak memberikan antibiotik profilaksis preoperatif. Belum ada penelitian yang menggunakan pendekatan HBM kepada operator bedah terkait perilaku penggunaan antibiotik profilaksis preoperatif.

## **B. PERUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan di atas, adapun rumusan masalah yang penulis angkat dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah gambaran penggunaan antibiotik profilaksis preoperatif oleh dokter-dokter operator bedah di RSUD X Yogyakarta?
2. Bagaimanakah perilaku penggunaan antibiotik profilaksis preoperatif oleh dokter-dokter operator bedah di RSUD X Yogyakarta ditinjau dengan pendekatan teori *Health Belief Model*?

## C. TUJUAN PENELITIAN

### 1. Tujuan Umum Penelitian

Melakukan peninjauan terhadap penerapan penggunaan antibiotik profilaksis preoperatif di RSUD X Yogyakarta

### 2. Tujuan Khusus Penelitian

a. Untuk mengetahui data dari bagian Bedah Umum, Bedah Orthopedi, Obgyn dan bagian Telinga Hidung Tenggorok (THT) di RSUD X Yogyakarta mengenai:

- 1) Jumlah operasi secara keseluruhan
- 2) Jumlah operasi berdasarkan kelas operasi
- 3) Jumlah operasi berdasarkan lama operasi
- 4) Jumlah operasi berdasarkan jumlah perdarahan durante operasi
- 5) Jumlah operasi dengan pemberian antibiotik secara intravena dan pemberian kurang dari 1 jam
- 6) Golongan antibiotik yang digunakan
- 7) Penggunaan antibiotik profilaksis preoperatif

b. Untuk meninjau penggunaan antibiotik profilaksis preoperatif pada pasien-pasien dengan pembedahan dari bagian Bedah Umum, Bedah Orthopedi, Obgyn dan bagian Telinga Hidung Tenggorok (THT) di RSUD X Yogyakarta dari sudut HBM:

- 1) Kerentanan (*perceived susceptibility*)
- 2) Keseriusan (*perceived severity*)
- 3) Keuntungan (*perceived benefit*)

- 4) Hambatan (*perceived barriers*)
  - 5) Isyarat bertindak (*cues to action*)
  - 6) Keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*)
- c. Untuk memberikan rekomendasi kepada RSUD X Yogyakarta terkait dengan hasil penelitian tentang peninjauan penggunaan antibiotik profilaksis preoperatif yang dilaksanakan oleh peneliti.

#### **D. MANFAAT PENELITIAN**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan banyak manfaat terhadap berbagai bidang diantaranya adalah :

1. Manfaat Bagi Peneliti
  - a. Penelitian ini diharapkan memberi wawasan baru kepada Peneliti mengenai penggunaan antibiotika profilaksis preoperatif sesuai dengan rekomendasi dalam *patient safety* dari WHO
  - b. Mengembangkan pengetahuan dan kemampuan dalam menganalisa perilaku penggunaan antibiotik profilaksis preoperatif oleh dokter-dokter operator bedah di RSUD X Yogyakarta
2. Manfaat Bagi Instansi Terkait
  - a. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi penggunaan antibiotika profilaksis preoperatif yang rasional sesuai rekomendasi dalam *patient safety* dari WHO

- b. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi dan perbaikan dalam menyongsong proses akreditasi RSUD X Yogyakarta

### 3. Manfaat Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber referensi apabila penelitian ini akan dikembangkan nantinya.