**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden. Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien yaitu KTD, KNC, KTC, KPC. KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien, KTC adalah insiden yang sudah terpapar tapi tidak cedera, KPC adalah kondisi potensial cedera (Permenkes RI No. 1691, 2011).

Keselamatan pasien di rumah sakit merupakan suatu kewajiban yang harus dijalankan oleh setiap rumah sakit di Indonesia, karena hal ini telah tercantum dalam Permenkes RI No. 1691 Pasal 8 Tahun 2011, salah satunya adalah kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.

Pelaporan data di Indonesia tentang kejadian tidak diharapkan (KTD) belum banyak dilakukan oleh rumah sakit di Indonesia. Data yang dimiliki Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dari September 2006 – 2011, yakni KTD sebanyak 249 laporan. Berdasarkan unit penyebab : keperawatan, dokter, farmasi, laboratorium, dan sarana prasarana (Putra, 2012).

Di Inggris dan Wales, National Patient Safety Agency (NPSA, 2008), dalam Pudji dan Hanevi (2011), melaporkan 127.419 insiden terkait pembedahan pada tahun 2007. Di negara bagian Minnesota, 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) oleh Minnesota Departement of Health (2009), dalam Pudji dan Hanevi (2011).

Weiser TG (2008) dalam Pudji dan Hanevi (2011), menjelaskan bahwa 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.

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 (WHO, 2008). Checklist ini berisi 19 hal yang harus dilakukan dalam tiga tahap, sebelum induksi anesthesia (*sign in*), sebelum insisi kulit (*time out*), dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi (*sign out*). Hal‐hal yang tercantum dalam checklist ini harus dikonfirmasikan secara verbal kepada pasien dan anggota tim operasi (Pudji dan Hanevi, 2011). Di rumah sakit Mardi Waluyo Blitar sendiri telah menerapkan pencegahan cedera pada pasien yang akan menjalankan operasi dengan memberlakukan verifikasi / *Sign in, Time out* serta *Sign out*. Sosialisasi telah dilakukan pada semua tim yang terlibat. Keberhasilan dalam penerapannya tentulah harus ada kesepakatan dan kedisiplinan juga kepatuhan dalam menjalankan kebijaksanaan yang telah diterapkan oleh instansi.

Kepatuhan tim bedah sangatlah penting dalam menurunkan resiko terjadinya kecelakaan dalam operasi. Kepatuhan yang dimiliki oleh tim bedah haruslah konstan dan tetap harus mengutamakan keselamatan dan keamanan pasien. Pada prinsipnya setiap operasi harus diikuti dengan *surgical safety* dalam kamar bedah yang berbentuk *Surgical Safety Cheklist* (SSC) untuk meningkatkan keselamatan pasien operasi (WHO, 2009). Dalam teori Lawrence Green (1998) salah satu faktor yang memengruhi kepatuhan seseorang adalah pengetahuan dimana dalam pengetahuan terdapat proses persepsi terhadap stimulus atau objek diluar subjek (Notoatmodjo, 2010). Keterlibatan persepsi dalam kepatuhan juga dipengaruhi oleh komunikasi, dengan demikian suatu hal akan tercapai jika persamaan persepsi dari komunikasi sebuah tim selaras atau sejalan.

Dalam penelitian yang dilakukan Efa Trisna (2016), Hasil penelitian didapat ada hubungan antara persepsi tim bedah tentang surgical patient safety dengan kepatuhan penerapan *surgical patient safety*, dengan p-value 0,03.

Di RSK St. Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya, penerapan SSC di kamar bedah belum terlaksana dengan baik. Selama tahun 2012 rerata penggunaan SSC hanya 33,9%, dan kelengkapan pengisian SSC rerata 57,3% (Juliana, Dkk., 2013). Dalam penelitian yang dilakukan Juliana, Dkk., 2013 pada hasil dan pembahasan terdapat bahwa lebih dari separuh (54,3%) petugas Kamar Bedah belum mengetahui adanya SOP (Standar Operasional Prosedur) pemberian tanda sisi operasi. SOP merupakan sebuah pernyataan mengenai cara yang seharusnya dilakukan oleh staf suatu organisasi untuk dalam melaksanakan aktivitas tertentu (Al-Assaf, 2010). Hal ini disebabkan perawat kamar bedah merasa SOP tersebut hanya diperlukan untuk ruang perawatan karena pemberian tanda sisi yang akan dioperasi dilakukan di ruang perawatan. Meskipun pemberian tanda dilakukan di ruang perawatan, perawat Kamar Bedah juga harus mengetahui operasi yang perlu diberi tanda serta operasi yang tidak perlu tanda dan tanda yang digunakan, yaitu tanda centang (√). Penggunaan tanda centang ini sesuai dengan pedoman WHO yaitu tidak boleh menggunakan tanda cross (X) karena ambigu. Tanda cross bisa diartikan bukan daerah yang dioperasi (WHO, 2009). Jadi bisa disimpulkan dalam hasil penelitian tersebut terdapat perbedaan persepsi perawat kamar bedah tentang SOP *site marking*, sedangkan di dalam SSC telah tercantum *site marked*.

Salah satu hambatan penerapan SSC yang tercantum dalam jurnal penelitian Juliana, Dkk. (2013) adalah hambatan komunikasi antara dokter dan perawat, senioritas dalam tim bedah merupakan hambatan dalam komunikasi antara dokter dan perawat. Penelitian Yule *et al.* (2008) dalam Juliana, Dkk. (2013), menemukan bahwa ada pengaruh signifikan dari senioritas ketika membandingkan sikap dokter bedah senior dengan dokter bedah junior dan perawat kamar bedah. Dokter bedah junior cenderung menerima kepeutusan tanpa pertanyaan. Hal ini akan memunculkan situasi yang tegang dan stress, sehingga perawat sirkulasi tidak berani memimpin *time out* (salah satu rangkaian SSC). Dari hal tersebut dapat disimpulkan ketika perawat menerima rangsangan atau informasi dari senior akan memunculkan persepsi yang nantinya akan mempengaruhi perilaku kepatuhan.

Dampak yang terjadi akibat rumah sakit tidak menerapkan atau melaksanakan keselamatan pasien, salah satunya pada kamar bedah tentang pelaksanaan SSC dan mengakibatkan timbulnya KTD yaitu menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang ada dan berakibat pada penurunan mutu pelayanan rumah sakit. Pelayanan yang bermutu dan aman bagi pasien saling berkaitan tida dapat dipisah-pisahkan (Cahyono, 2008) disampaikan dalam jurnal penelitian yang dilakukan oleh Putra (2012).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD Mardi Waluyo, dari hasil wawancara terhadap kepala ruang dan beberapa perawat di Instalasi Bedah Sentral didapatkan pada lima bulan terakhir tahun 2017 terdapat 1.229 operasi. Selain itu dalam hal pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) di RSUD Mardi Waluyo telah memiliki standar dengan mengadopsi dari WHO, dengan sedikit modifikasi dari RSUD Mardi Waluyo Blitar untuk meningkatkan keselamatan pasien. Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) dilaksanakan oleh perawat sirkuler. Dalam pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) saat *sign in* dan *sign out* telah dilaksanakan dengan baik, namun dalam pelaksanaan *time out* masih belum optimal saat terdapat banyak operasi, hal ini dikarenakan untuk manajemen lama jam operasi.

Melihat fenomena diatas secara teori, apabila pelaksanaan *time out* pada tindakan operasi tidak dilaksanakan akan mengakibatkan kesalahan sisi operasi, kesalahan dalam pemberian antibiotik profilaksis, tidak ada persiapan jika ada kejadian darurat seperti perdarahan hebat, dan sebagainya (WHO, 2009).

 Berdasarkan permasalahan tersebut, maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian mengenai “Hubungan Persepsi Perawat Tentang *Surgical Safety Checklist* (SSC) dengan Kepatuhan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) di Kamar Bedah RSUD Mardi Waluyo Blitar”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan antara persepsi perawat tentang *Surgical Safety Checklist* (SSC) dengan kepatuhan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) di Kamar Bedah RSUD Mardi Waluyo Blitar?

* 1. **Tujuan Penelitian**
		1. **Tujuan umum**

Mengetahui hubungan antara persepsi perawat tentang *Surgical Safety Checklist* (SSC) dengan kepatuhan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) di Kamar Bedah RSUD Mardi Waluyo Blitar.

* + 1. **Tujuan khusus**
1. Mengidentifikasi persepsi perawat tentang *Surgical Safety Checklist* (SSC).
2. Mengidentifikasi kepatuhan penerapan *Surgical Safety Checklist* (SSC) pada pasien bedah di ruang operasi RSUD Mardi Waluyo Blitar.
3. Menganalisis hubungan antara persepsi perawat tentang S*urgical Safety Checklist* (SSC) dengan kepatuhan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) di RSUD Mardi Waluyo Blitar.
	1. **Manfaat Penelitian**
		1. **Teoritis**

Pengembangan ilmu mengenai hubungan antara persepsi perawat tentang S*urgical Safety Checklist* (SSC) dengan kepatuhan penerapan *Surgical Safety Checklist* (SSC) digunakan untuk mengenal salah satu faktor penyebab *Surgical Safety Checklist* (SSC) tidak berjalan maksimal di kamar bedah, karena S*urgical Safety Checklist* (SSC) merupakan salah satu SOP keamanan pasien di ruang bedah.

* + 1. **Praktis**
1. Dapat digunakan sebagai pembentukan kebijakan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) di Rumah Sakit guna menanggulangi perbedaan persepsi.
2. Menambah pengawasan lebih untuk pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) di Rumah Sakit untuk menghindari perbedaan persepsi.
3. Dalam institusi pendidikan dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu salah satu faktor penghambat kepatuhan pelaksanaan S*urgical Safety Checklist* (SSC).