

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, (Undang-undang No.44 Tahun 2009).

Rumah sakit sebagai institusi penyelenggara pelayanan kesehatan melibatkan berbagai tenaga kesehatan dalam pemberian pelayanan bagi keselamatan pasien. Keselamatan pasien wajib dilaksanakan dan menjadi standar kerja bagi seluruh profesi di rumah sakit. Dengan makin meningkatnya perkembangan tingkat pendidikan dan kesadaran masyarakat akan hak asasi manusia, maka rumah sakit tidak hanya dituntut untuk meningkatkan kualitas pelayanan tetapi juga menjaga keselamatan pasien secara konsisten.

Keselamatan pasien diartikan sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan yang aman. Dalam Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2006) menjelaskan bahwa ada 7 standar dalam proses keselamatan pasien tersebut, diantaranya 1) Hak Pasien, 2)

Mendidik pasien dan keluarga, 3) keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, 4) Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, 5) peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, 6) mendidik staf tentang keselamatan pasien, 7) komunikasi, (Permenkes 2011 tentang keselamatan pasien).

Keselamatan pasien di rumah sakit kemudian menjadi isu penting karena banyaknya kasus *medical error* yang terjadi di berbagai negara. Setiap tahun di Amerika hampir 100.000 pasien yang dirawat di rumah sakit meninggal akibat *medical error*. Pada tahun 2000, *IOM (Institute of Medicine)* Amerika Serikat Menerbitkan laporan “*To Err Is Human Building For Safer Health System*” yang menyebutkan bahwa rumah sakit di Utah dan Colorado di temukan KTD sebesar 2,9% dan 6,6% ditemukan 3,7% KTD dan 13,6% diantaranya meninggal. Lebih lanjut angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di Amerika Serikat berjumlah 33,6 juta per tahun, berkisar 44.000 jiwa sampai 98.000 jiwa. Selain itu publikasi WHO tahun 2004 menyatakan KTD dengan rentang 3,2-16,6% pada rumah sakit di berbagai negara, yaitu Amerika, Inggris, Denmark dan Australia, (Depkes, 2006).

Menciptakan budaya pasien *safety* merupakan hal yang paling penting di Rumah Sakit. Kamar Bedah merupakan salah satu unit khusus di rumah sakit, tempat untuk melakukan tindakan pembedahan, baik elektif maupun akut yang membutuhkan keadaan suci hama (steril). Kamar bedah adalah lingkungan beresiko tinggi dengan banyak peluang

untuk terjadi kesalahan. Kesalahan itu mungkin memiliki banyak dampak, termasuk peningkatan lama operasi, peningkatan biaya kesehatan, tuntutan hukum atas banyak kasus serius, (Elisabeth K. Norton, 2009).

Kamar bedah adalah lingkungan yang kompleks yang terdiri dari individu yang sangat terampil dan bekerja sama sebagai satu tim. Sehingga diperlukan komunikasi dan *briefing* untuk mengurangi kesalahan pembedahan dan pasien menerima standar perawatan yang lebih tinggi. (Hari T. Papancorsantinou, 2013). WHO menerapkan 3 tahapan untuk menjalankan keselamatan pasien di kamar bedah, dikenal dengan proses *sign in, time out dan sign out*. Ketiga proses tersebut dinamakan “*Surgical Safety Checklist*” (selanjutnya disingkat SSC). Inilah yang kemudian dikenal dengan verifikasi terhadap pasien yang akan dibedah, (Permenkes, 2011).

Sign in, merupakan verifikasi pertama sesaat pasien tiba di ruang persiapan. Kemudian verifikasi dilaksanakan ketika pasien sudah siap di atas meja operasi, dalam keadaan terbius dimana tim anestesi dalam keadaan siaga dan tim bedah telah dalam posisi steril, disebut dengan *Time Out*. Sesaat setelah selesai operasi, sebelum pasien dikeluarkan dari ruang operasi, dipastikan kembali akan beberapa hal yang menyangkut nama prosedur yang telah dikerjakan sebelumnya, prosedur ini disebut tahap *Sign Out*, (Sukasih, 2012).

Tindakan verifikasi yang kurang diperhatikan dari ketiga hal di atas adalah *Time out*. Hal ini terjadi karena *teamwork Climate* (Iklim

kerja tim) yang kurang baik. Anggota tim akan saling mengingatkan, mendukung dan sabar menunggu perawat sirkulasi sampai siap memimpin *Time Out*. Ada beberapa dokter yang kadang terburu-buru dalam melakukan operasi seperti penelitian Catch Pole Et Al. (2009) yang sering mulai operasi sebelum anggota tim siap, (Juliana Sandrawati, 2013).

Time out sering tidak diperhatikan karena pengetahuan dalam pelaksanaannya masih kurang, belum terbiasa dan sering lupa, kurang kesadaran pentingnya *Time Out* sehingga merasa sebagai beban kerja tambahan. Penelitian yang dilakukan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sumbawa yang melayani pembedahan besar, sedang dan kecil, *time out* tidak dilakukan dengan alasan sudah saling mengenal anggota tim, (Eva Tirtabayu, 2012).

Pasien safety di kamar bedah memerlukan keterlibatan semua perawat baik senior maupun junior. Semakin lama masa kerja seseorang, pengalaman yang didapatkan semakin banyak sehingga kecakapan atas pekerjaan yang menjadi tugasnya makin tinggi, (Astria, 2014). Senioritas dalam tim bedah bisa menjadi hambatan dalam komunikasi dokter dan perawat. Faktor psikologis, situasi yang tegang dan stress dapat menjadi faktor hambatan dalam komunikasi, sehingga perawat sirkulasi yang junior tidak berani memimpin *time out*, (Juliana Sandra, 2013).

Time out yang benar harus dijalankan di semua jenis operasi baik kecil, sedang maupun besar sebagai upaya mencegah Kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan Kejadian nyaris cidera (KNC) di kamar bedah.

Tetapi prosedur tersebut sering tidak dilakukan karena dokter yang telah memeriksa pasien di bangsal sama dengan dokter yang melakukan pembedahan,(Eva Tirtabayu Hasri, 2012).

Pengetahuan dan keterampilan tentang time out memiliki hubungan yang kuat dengan kepatuhan. Pengetahuan yang kurang menyebabkan kepatuhan penerapan *surgical safety checklist*, yang didalamnya terdapat *time out* rendah dan kelengkapan pengisian rendah. Demikian juga dengan lama kerja petugas kamar bedah. Semakin lama bekerja diharapkan memberikan kualitas lingkungan kerja yang mendukung dalam pemberian pelayanan bedah yang aman. Hal ini karena petugas kamar bedah yang baru akan mendapat pelatihan dan pengawasan dan pendampingan dari perawat yang lebih senior hingga mereka mampu mandiri. Bila perawat sirkuler adalah perawat junior atau medior sering tidak berani meminta dokter bedah melakukan time out, sehingga perawat senior sebagai anggota tim dapat membantu memulai time out, (Julian Sandrawati, 2012).

Di Rumah Sakit “X” di Bekasi, berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator kamar bedah dan observasi yang dilakukan, *Time Out* beberapa kali terlewatkan. Jumlah pasien yang dilakukan pembedahan dari bulan Januari sampai dengan Agustus secara rata-rata menurut jenisnya adalah : 225 operasi besar, 114 operasi sedang dan 48 operasi kecil. Pada jenis operasi tersebut acap kali operasi kecil tidak dilakukan time out dengan alasan lokasi pembedahan sudah diketahui dan anggota tim sudah

saling mengenal. Akibatnya saat operasi berjalan *plate couter* belum terpasang dan tidak siap pakai saat terjadi perdarahan.

Kebijakan tertulis tentang *standar operasional prosedur* (SOP) dari pihak manajemen rumah sakit memang belum ada, tetapi sudah terdapat *surgical safety checklist* (SSC) sesuai standar WHO. Motivasi terus dilakukan oleh atasan terhadap semua perawat pelaksana di kamar bedah baik senior maupun junior agar memiliki tingkat pengetahuan yang sama dalam menjalankan budaya *patient safety*. Perawat kamar bedah diberikan pelatihan baik diluar rumah sakit maupun didalam rumah sakit, melibatkan semua perawat baik senior maupun perawat junior untuk mendukung *patient safety* di kamar bedah.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti merumuskan masalah penelitian hubungan antara jenis operasi, lama kerja dan tingkat pengetahuan dengan pelaksanaan *Time Out* di Kamar Bedah Rumah Sakit “X” di Bekasi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, peneliti merumuskan masalah penelitian sebagai berikut : “apakah ada hubungan antara jenis operasi, lama kerja dan tingkat pengetahuan dengan pelaksanaan *Time Out* di Kamar Bedah Rumah Sakit “ X” di Bekasi?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara jenis operasi, lama kerja dan tingkat pengetahuan dengan pelaksanaan *Time Out* di kamar bedah Rumah Sakit “X” di Bekasi.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Memberi gambaran jenis operasi di kamar bedah RS “X” Bekasi.
- b. Memberi gambaran lama kerja perawat di kamar bedah RS “X” Bekasi.
- c. Memberi gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang time out di kamar bedah RS “X” Bekasi.
- d. Memberi hubungan antara jenis operasi dengan pelaksanaan *Time Out* di kamar Bedah Rumah Sakit “X” di Bekasi.
- e. Memberi hubungan antara lama kerja dengan pelaksanaan *Time Out* di Kamar Bedah Rumah Sakit “X” di Bekasi.
- f. Memberi hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pelaksanaan *Time Out* di Kamar Bedah Rumah Sakit “X” di Bekasi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Perawat

Meningkatkan peran advokasi perawat kamar bedah. Perawat sebagai mitra dokter membentuk tim bedah yang efektif sehingga time out dapat dilaksanakan secara konsisten.

2. Bagi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan informasi bagi mahasiswa keperawatan tentang pasien safety dikamar bedah, khususnya *time out*.

3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk membuat kebijakan sasaran keselamatan pasien dari penerapan *surgical safety checklist* secara konsisten.

E. Ruang lingkup penelitian

Peneliti melakukan penelitian dengan judul “ hubungan antara jenis operasi, lama kerja dan tingkat pengetahuan dalam pelaksanaan *Time Out* di kamar bedah di Rumah Sakit “X” di Bekasi, dilaksanakan di kamar bedah dari bulan Maret 2015.

Adapun sampel yang akan di teliti adalah perawat yang bekerja di kamar bedah dan pasien yang di lakukan tindakan pembedahan. Ruang lingkup peneliti di batasi hanya pada jenis operasi, lama kerja dan tingkat pengetahuan petugas kamar bedah. Metode yang digunakan kuantitatif, deskriptif Analitik. Deskriptif Analitik di gunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas yaitu jenis operasi, lama kerja dan tingkat pengetahuan dengan variabel terkait yaitu pelaksanaan *Time Out*.