**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Kasus salah-posisi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan bisa terjadi di semua Rumah Sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang atau tidak melibatkan pasien di dalam penandaaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesment pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor yang memberi kontribusi terjadinya kesalahan.1-2

Salah posisi, salah prosedur, dan salah pasien operasi tidak akan pernah ditolerir, dan *Universal Protocol* adalah suatu proses yang dikembangkan untuk menghilangkan insiden ini. Clarke, Johnston, dan Finley pada tahun 2007 mengkampanyekan pentingnya menghilangkan salah posisi pada tindakan bedah. Assosiasi Ortopedik Canada mempublikasikan kejadian salah posisi pada tindakan bedah ortopedik dari 1994 sampai 1996, asosiasi melakukan kampanye pendidikan utama menghilangkan operasi yang salah posisi di Kanada. 3

Insiden operasi salah posisi, salah prosedur, dan salah pasien-operasi mendorong *America Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS)* di tahun 1997 membentuk gugus tugas untuk menyelidiki data operasi yang salah posisi, termasuk jumlah klaim malpraktek, mekanisme yang mengakibatkan kecacatan pasien dan metode pencegahan. Ditemukan lebih dari 300 klaim operasi bedah salah posisi yang diajukan antara tahun 1985 dan 1995, dengan rata-rata lebih dari $ 50.000 per pasien yang diperbaiki. *The North American Spine Society dan American Academy of Ophthalmology* di tahun 2001 mengikuti AAOS.

Pada tahun 1998, *Joint Commission* mengeluarkan *Sentinel Event Alert*  memeriksa masalah operasi bedah salah posisi untuk mendorong proses pengembangan guna memastikan tindakan bedah benar posisi, pasien dan prosedur. Pada tahun 1999, *Institute of Medicine* (IOM) melaporkan, untuk kesalahan karena manusia, gambaran luas tentang besarnya kesalahan medis di Amerika Serikat dan memberi arahan untuk keselamatan perbaikan dalam perawatan kesehatan.3

Konfrensi Tingkat Tinggi Bedah tentang Salah Posisi pada Mei 2003, mengembangkan Rekomendasi Protokol Universal untuk mencegah operasi bedah salah posisi, salah orang dan salah prosedur. Elemen *The Universal Protocol* dari KTT ini meliputi: (1) melakukan verifikasi pra operasi (2) menandai lokasi (*site marking*) yang akan dilakukan tindakan bedah dan (3) mengambil waktu keluar (*sign in*) yaitu, untuk memverifikasi prosedur, pasien, dan posisi, dan menyeting persyaratan-persyaratan dimana prosedur invasif akan dilaksanakan.3

 Bulan Juli 2004 *Joint Commission* memberi mandat bahwa Protokol Universal wajib diterapkan pada akreditasi. Keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang dibuat untuk mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan. Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar untuk menghindari penyimpangan yang seharusnya dapat dicegah juga merupakan prosedur keselamatan pasien. Kasus-kasus dengan prosedur yang keliru atau pembedahan posisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat dari *miss* komunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. 4

 Kesalahan dalam komunikasi adalah alasan umum untuk kesalahan di ruang operasi, serta selama perawatan pra dan pasca operasi. Jenis kegagalan komunikasi termasuk kegagalan untuk mendengarkan atau mengumpulkan informasi dari pasien, keluarga dan dokter lain serta kegagalan untuk menyampaikan informasi yang relevan untuk status pasien. Hasilnya bisa membahayakan atau bahkan berakibat kematian kepada pasien.

Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan semacam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra bedah yang distandarisasi. Jika saja diterapkan secara disiplin maka kecelakaan kerja, kegagalan operasi dan permasalahaan lain yang menyangkut keselamatan pasien niscaya dapat dikurangi. Inilah yang kemudian dikenal dengan proses verifikasi, *Sign In, Time Out, Sign Out* terhadap pasien yang akan mengalami pembedahan.4-5

 WHO telah melakukan inisiatif untuk upaya keselamatan pasien (*patient safety*). Dunia Aliansi untuk keselamatan pasien mulai bekerja pada Januari 2007 dan WHO mengidentifikasi tiga fase operasi yaitu sebelum induksi anestesi ("sign in"), sebelum sayatan kulit ("time out"), dan sebelum pasien meninggalkan ruang operasi ("sign out").

 *Sign In,* merupakan verifikasi pertama sesaat pasien tiba diruang terima atau ruang persiapan. Bahkan pada *check list* yang disusun oleh WHO itu, tim diwajibkan pula untuk mengkonfirmasi lokasi *(site marking)* pada tubuh yang akan dimanipulasi dengan pembedahan. Dibagian mana, kiri atau kanan, depan atau belakang serta konfirmasi kesiapan peralatan serta cara anestesi yang akan digunakan.

Pada tahap lanjut, verifikasi dilaksanakan ketika pasien sudah siap diatas meja operasi, sudah dalam keadaan terbius, dimana tim anestesi dalam keadaan siaga dan tim bedah telah dalam posisi steril, fase ini disebut dengan *time out.* Sesaat setelah selesai operasi, sebelum pasien dikeluarkan dari ruang operasi, dipastikan kembali akan beberapa hal yang menyangkut dengan prosedur yang telah dikerjakan sebelumnya, prosedur ini disebut tahap s*ign out.* Ketiga tahapan tersebut di atas dikenal dengan istilah *"Surgical safety check list"* sebagai alat untuk melakukan program *safe surgery save lives* tahun 2005. Pengertian dari *surgical safety check list* itu sendiri merupakan proses pengisian data pasien hasil dari pengkajian yang dilakukan oleh tim bedah sebelum pasien masuk ke kamar operasi, sebelum insisi dan setelah operasi pada form *"surgical safety check list".5-6*

RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Non Pendidikan yang memiliki Visi : Sebagai Rumah Sakit Kelas B Pendidikan Dengan Pelayanan Prima terakreditasi Paripurna. Untuk mewujudkan Visi tersebut maka Misi yang dirumuskan yaitu : meningkatkan kuantitas dan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) sesuai dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, meningkatkan kuantitas dan kualitas Sarana Prasarana Rumah Sakit sesuai dengan perkembangan teknologi, memberikan pelayanan yang adil dan bermutu dengan mengutamakan keselamatan Pasien, menyelenggarakan pengelolaan keuangan yang transparan, akuntabel dan bertanggungjawab, serta mempersiapkan Rumah Sakit terakreditasi paripurna.

Sejalan dengan salah satu misi Rumah Sakit yaitu Mengutamakan keselamatan pasien, maka program Protokol Universal harus diterapkan dengan ketat, oleh karena dengan menjalankan Protokol Universal dalam melaksanakan tindakan bedah merupakan salah satu upaya dalam mengutamakan keselamatan pasien.

Jumlah tindakan operasi pada Instalasi Bedah Sentral di RSUD Kraton selama empat tahun terakhir menunjukkan peningkatan, tahun 2010 sebanyak 2.220 tindakan operasi, 2011 sebanyak 2.794 tahun 2012 sebanyak 3.207 dan tahun 2013 meningkat menjadi 3.943 tindakan. Meskipun belum ada kasus salah posisi, salah prosedur, dan salah pasien operasi, namun perlu adanya suatu upaya dalam mengurangi atau mencegah terjadinya kejadian-kejadian di atas dalam suatu Rumah Sakit. Dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1691/ Menkes/ Per/ VII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit bahwa suatu Rumah Sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) sebagai salah satu solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.6

 Untuk melaksanakan Peraturan Menteri Kesehatan tersebut untuk mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan, pada tanggal 1 April 2011 telah di bentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) berdasarkan Surat Keputusan Direktur Nomor : 445/028/2011 tentang Komite Keselamatan Pasien.

Diharapkan dengan adanya Komite Keselamatan Pasien, seluruh sumber daya baik medis maupun non medis di Rumah Sakit dapat didayagunakan secara optimal, untuk mendukung tercapainya keselamatan pasien yang semakin baik dari hari ke hari. Mengingat demikian kompleksnya tugas-tugas Komite Keselamatan Pasien, maka diambil suatu kebijaksanaan untuk membentuk bidang-bidang dalam Komite KPRS yang dapat dilaksanakan dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi Rumah Sakit.

Berdasarkan hasil observasi awal, diketahui bahwa RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan belum maksimal mengupayakan pencegahan cedera pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi. Verifikasi *Marking Site, Sign In* dan *Time Out* serta *Sign Out* pada Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Kraton belum dilaksanakan secara konsisten. Sosialisasi sistem *patient safety* juga belum dilakukan pada semua tim yang terlibat mulai dari tenaga medis, paramedis dan non paramedis.

Hasil wawancara dengan 10 dokter di IBS didapatkan data sebagai berikut: sarana untuk tindakan pembedahan kurang mencukupi, artinya masih adanya dokter yang membawa alat sendiri untuk tindakan pembedahan karena pihak Rumah Sakit belum menyediakan, ruang bedah hanya ada 4 (empat) ruangan untuk pembedahan, dan dokter spesialis bedahnya juga beragam. Pernah terjadi kasus karena ruangan terpakai semua, akhirnya pasien ditunda operasinya dan ada yang direferal ke Rumah Sakit lain.

RSUD Kraton Kab. Pekalongan belum memiliki kamar operasi *emergency* dan *setting* ruangan bedahnya belum sesuai dengan standar Depkes 2008. Selain itu, implementasi protokol universal juga belum menjadi prioritas keselamatan pasien (*patient safety)* di bagian IBS RSUD Kraton Kab. Pekalongan. Hal tersebut dapat dilihat dari *setting* ruang IBS yang belum sesuai, para penata dan perawat membersihkan dan menata sendiri alat untuk tindakan operasi. Alat bedah yang dimiliki juga sangat terbatas, ada kalanya dokter bedah onkologi, ortopedi, urologi membawa alat bedah sendiri agar dokter tersebut bisa melakukan operasi.

RSUD Kraton Kab. Pekalongan terdapat tiga belas operator bedah seperti operator bedah umum, onkologi, ortopedi, urologi, mata, THT, bedah mulut, bedah syaraf, dan obsgyn dengan jumlah pasien yang dioperasi rata rata 15 pasien/hari. SPO tentang cara pembagian jam operasi antar dokter belum tertata dengan rapi, sehingga tidak semua pasien dapat ditangani di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan. Jumlah penundaan pasien yang akan di operasi rata-rata 1 (satu) pasien/hari dengan alasan ruang operasi penuh. Sehingga operasi pasien ditunda pada hari berikutnya. Tim di ruang bedah ada 15 perawat bedah dan 5 perawat anastesi, selain bertugas untuk pelaksanaan operasi juga akan membersihkan dan manata ulang alat dan ruang kamar operasi. Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Implementasi Protokol Universal pada Tindakan Operasidi Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan".

1. **Perumusan Masalah**

Hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa Protokol Universal belum seluruhnya diterapkan secara maksimal di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan. Dengan adanya tuntutan atau kewajiban dari Undang Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, maka Rumah Sakit wajib di akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit.

Selain itu keselamatan pasien juga masuk pada penilaian Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dan *Standards Joint Commission International* (JCI), sehingga RSUD Kraton perlu membenahi implementasi Protokol Universal yang selama ini dilaksanakan.

Sehubungan dengan kondisi diatas, maka perlu penelitian berkaitan dengan implementasi Protokol Universal pada RSUD Kraton Pekalongan agar dapat dikaji lebih lanjut penyebab masih belum optimalnya pelaksanaan Protokol Universal serta dapat dirumuskan upaya pemecahannya / rekomendasi untuk perbaikan mutu pelayanan pada RSUD tersebut.

1. **Pertanyaan Penelitian**

 Bagaimanakah implementasi Protokol Universal terhadap tindakan operasi di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan?

1. **Tujuan penelitian**
	1. Tujuan Umum

Menganalisis implementasi Protokol Universalterhadap tindakan operasi di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

* 1. Tujuan Khusus
1. Menganalisis permasalahan proses yaitu pelaksanaan Protokol Universal dalam implementasi Protokol Universal di Instalasi Bedah Sentral RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan berserta hambatannya.
2. Menganalis permasalahan input meliputi man (SDM : Dokter, Perawat), money (dana/biaya), material (sarana dan prasarana), dalam implementasi Protokol Universal di Instalasi Bedah Sentral RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan beserta hambatannya.
3. **Manfaat Penelitian**
	* + 1. Bagi RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan

Dengan mengimplementasikan Protokol Universal diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*) di IBS RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

* + - 1. Bagi Program MIKM Universitas Diponegoro

Memberi tambahan referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya tentang gambaran implementasiProtokol Universal di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit.

* + - 1. Bagi Peneliti

Sebagai bahan kajian ilmiah dari teori yang didapat serta implementasi di tempat kerja dalam hal manajemen Rumah Sakit khususnya di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit.

1. **Keaslian Penelitian**

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Penelitian dan Peneliti** | **Metode** | **Hasil** |
| 1 | Implementasi Program Patien Safety di RSU di daerah Istimewa Yogyakarta oleh Citra (2013) | Studi kualitatif desain cross sectional | 1. Terdapat variasi  pelaksanaan program  *Patient Safety*2. Perlu komitmen dan kosistensi dalam pemantauan *Patient Safety*  |
| 2 | *Surgical* *Patient Safety*terhadap *Adverse Events* Pasca Operasi Bedah Digestif Di Instalasi Bedah RSUP DR.Sardjito Yogyakarta oleh Siagian (2011) | Studi kualitatif desain cross sectional | 1. Pelaksanaan *Surgical Patient Safety* belum konsisten dilaksanakan
2. Pelaksanaan *Surgical Patient Safety* berhubungan dengan terjadinya *Adverse Event* Paca Operasi Bedah Digestif
 |
| 3 | Pengaruh Kompetensi Bidan Pada *Patient Safety* Terhadap Kelangsungan Hidup Bayi Asfiksia Neonatorum Di Kota Kediri oleh Ariani (2011) | Metode kuantitatif menggunakan rancangan cross sectional | Kompetensi bidan pada *Patient Safety* berpengaruh terhadap kelangsungan hidup bayi asfiksia neonatorum |

1. **Ruang Lingkup Penelitian**
2. Ruang Lingkup Waktu

Pelaksanaan penelitian direncanakan pada bulan Februari 2014-Juni 2014.

1. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.

1. Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini merupakan bidang ilmu kesehatan masyarakat dengan membatasi materi kajian tentang Protokol Universal Rumah Sakit sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan.