

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kepatuhan

1. Definisi Kepatuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) kepatuhan berasal dari kata “Patuh” yang artinya senang mengikuti perintah. Kepatuhan bersifat patuh, tunduk pada suatu aturan. Menurut Smet tahun 1994 kepatuhan merupakan perilaku dalam melaksanakan aturan yang disarankan. Definisi lain menurut Chaplin tahun 1989 kepatuhan sebagai bentuk keadaan mengalah dengan tunduk atas suatu kehendak yang sesuai dengan maksud atau kemauan orang lain. (Faradilla, 2020)

Menurut Sacket (dalam Neil Niven, 2000) kepatuhan merupakan sejauhmana perbuatan pasien mantaati aturan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan. Sedangkan menurut Notoatmodjo tahun 2003 kepatuhan adalah perubahan perilaku dari tidak patuh terhadap perintah ke perilaku yang patuh terhadap perintah. Kepatuhan petugas kesehatan adalah perilaku petugas kesehatan terhadap suatu imbauan yang harus ditaati. (Faradilla, 2020)

Menurut Green dan Kreuter (dalam Aswir & Misbah, 2018) faktor perilaku mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat berdasarkan perbuatan interaksi seseorang dengan lingkungan. Dalam bahasa Inggris kepatuhan disebut *complying* yaitu suatu bentuk perilaku yang di pengaruhi faktor internal dan eksternal.

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Berdasarkan teori *Lawrence Green* (dalam Notoatmodjo 2010), kepatuhan seseorang disebabkan oleh 3 faktor, yakni : (Melani, 2020)

- a. Faktor Predisposisi (*pre disposing factors*), merupakan faktor yang memungkinkan untuk mengikuti perilaku, seperti: wawasan, perbuatan, tingkat pendidikan, jenis kelamin, keyakinan dan lain-lain.
- b. Faktor Pemungkin (*enabling factors*), merupakan faktor yang membuat seseorang untuk melakukan suatu tindakan.

- c. Faktor penguat (*reinforcing factors*), merupakan faktor yang mendorong terjadinya kepatuhan perilaku.

Selain itu menurut Faradilla, (2020) ada faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya :

- a. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo tahun 2007 Pengetahuan ialah peranan dari sikap yang membuat seseorang ingin mengetahui suatu penalaran atau pengalaman. Pengetahuan yaitu mengetahui sesuatu yang telah di pelajari menggunakan panca indera terhadap suatu objek.

Panca indera manusia yang menyebabkan terjadinya persepsi ada 5, yaitu: indera penglihatan, indera pendengaran, indera penciuman, indera perasa, dan indera peraba. Dari lima indera tersebut, sebagian besar informasi datang melalui mata dan telinga. Informasi dapat memotivasi seseorang untuk bertindak karena pengetahuan dapat menumbuhkan rasa percaya diri terhadap tingkah laku seseorang. (Faradilla, 2020)

- b. Sikap

Sikap merupakan bentuk reaksi seseorang terhadap suatu objek. Faktor pembentukan sikap antara lain pengaruh emosional, pengalaman pribadi, pengaruh budaya, pengaruh agama, maupun pengaruh media massa.

Sikap dapat mempengaruhi perilaku seseorang karena berhubungan dengan kepribadian. Sehingga dalam memberikan pelayanan kesehatan sikap petugas kesehatan sangat berperan dalam penyelenggarakan pelayanan kesehatan dan dapat dibentuk sedemikian rupa hingga mempengaruhi kinerja petugas kesehatan. (Faradilla, 2020)

- c. Perilaku

Perilaku adalah aktivitas atau kegiatan yang dilakukan seseorang. Menurut Conner dan Norman tahun 2006 perilaku kesehatan merupakan aktivitas yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. (Widayati, 2019)

Perilaku adalah hasil pengalaman dan interaksi antara seseorang dan lingkungan yang berupa wawasan, sikap, dan perbuatan. Oleh sebab itu, perilaku seseorang akan berbeda sesuai dengan lingkungannya.

d. Motivasi

Motivasi adalah dorongan dalam diri seseorang untuk berperilaku. Motivasi dapat memicu seseorang untuk memenuhi suatu perilaku dalam mencapai suatu maksud tertentu. (Faradilla, 2020)

Motivasi dapat mengarahkan seseorang untuk berperilaku, di sisi lain seseorang yang tidak memiliki motivasi maka seseorang tersebut tidak akan mendapatkan suatu pencapaian.

3. Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Menurut Neil tahun 2000 (dalam Mardiyansah, 2017), faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan antara lain, yaitu :

- a. Pemahaman tentang intruksi merupakan hal yang harus dilakukan oleh petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan. Seseorang yang kurang paham mengenai intruksi yang diberikan tidak dapat melakukan sesuatu. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, hal ini disebabkan oleh kurangnya menerima informasi yang lengkap, dan penggunaan istilah medis yang terlalu banyak.
- b. Kualitas interaksi yang dilakukan antara petugas kesehatan dan pasien dapat mempengaruhi derajat kepatuhan. Pentingnya kualitas interaksi yang dilakukan berpengaruh terhadap komunikasi yang dilakukan. Dalam melakukan komunikasi akan timbul sikap empati dan akan menghasilkan suatu kepatuhan yang memuaskan.
- c. Keyakinan, sikap, dan kepribadian adalah hal yang bisa memperbaiki ketidakpatuhan. Seseorang yang tidak tunduk akan mengalami depresi, ansietas, dan ego yang lemah ditandai dengan kurangnya dalam pengendalian terhadap lingkungan.

4. Kriteria Kepatuhan

Menurut Depkes RI 2006 (dalam Faradilla, 2020) kepatuhan dibagi menjadi 3 kriteria, yaitu :

- a. Patuh merupakan tindakan mengikuti perintah mengenai suatu aturan yang dilakukan benar.
- b. Kurang patuh merupakan tindakan mengikuti perintah hanya sebagian yang benar.
- c. Tidak patuh merupakan bentuk tidak mengikuti perintah atau mengabaikan perintah atau aturan tersebut.

Untuk mengetahui tingkat kepatuhan seseorang dapat dilakukan penilaian dengan angka dan dibuatkan rangking tertinggi tingkat kepatuhan. Tingkat kepatuhan dibagi menjadi tiga, yaitu:

- | | |
|------------------|------------|
| (a) Patuh | : 75%-100% |
| (b) Kurang patuh | : 50%-70% |
| (c) Tidak patuh | : <50% |

B. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

1. Definisi Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

“*Patient*” berarti pasien, sedangkan “*Safety*” berasal dari kata “*Safe*” yang berarti keselamatan atau aman. Berdasarkan UUD 1945 yang telah diamandemen dalam pasal 28 H menyatakan bahwa “Setiap warga Negara berhak atas pelayanan kesehatan yang layak” maka dari itu pasien berhak menerima pelayanan kesehatan. Hal ini diatur pada UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, UU No 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran dan UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan dan UU No 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Berdasarkan penjelasan tersebut, pasien memiliki hak terhadap perawatan kesehatan yang memadai dan petugas kesehatan secara professional melakukan tugasnya dengan baik untuk memastikan keselamatan pasien. Jika pasien merasa keselamatannya terancam, maka semua penyedia pelayanan kesehatan (dokter, perawat, dan lainnya) harus bertanggung jawab. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Keselamatan pasien adalah tugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang aman baik petugas maupun lingkungan untuk menurunkan kecelakaan dalam melakukan tindakan. Keselamatan pasien meliputi assessment risiko, identifikasi pasien, kemampuan belajar dari kejadian yang sebelumnya terjadi, dan kemampuan untuk mencegah terjadinya cedera. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Keselamatan pasien menjadi prinsip utama yang wajib dilakukan saat memberikan pelayanan kesehatan. Setiap rumah sakit harus mempunyai sistem manajemen keselamatan untuk mempertanggungjawabkan keselamatan pasien. Artinya, rumah sakit memberikan pelayanan medis yang bermutu, prima, dan optimal. Pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat penuh, tidak terputus, berkelanjutan, dan selama masih dibutuhkan. Berkelanjutan berarti bantuan harus diberikan sampai kebutuhan pasien terpenuhi. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) (dalam Wulandari et al., 2022) program keselamatan pasien di rumah sakit bertujuan untuk :

- a. Menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Memperkuat tanggung jawab rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Pengurangan insiden tidak terduga di rumah sakit
- d. Pelaksanaan program preventif untuk menghindari terulangnya insiden yang tidak diinginkan.

3. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien adalah salah satu bentuk penerapan yang dilakukan oleh semua rumah sakit yang telah terakreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Dalam melakukan pembentukan ini berlandaskan pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutian* yang dikemukakan oleh WHO tahun 2007 . (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Menurut Kemenkes RI tahun 2011 (dalam Rachmawati & Harigustian, (2019) sasaran keselamatan pasien bentuk perbaikan dalam meningkatkan pelayanan yang baik dalam keselamatan pasien. 6 sasaran keselamatan pasien, yaitu:

a. Ketepatan Identifikasi Pasien

Sasaran pertama harus diperhatikan adalah mengidentifikasi pasien karena dapat terjadi kesalahan saat diagnosis ataupun pengobatan. Dalam mengidentifikasi pasien harus dilakukan dua kali, pertama mengidentifikasi pasien saat akan mendapat pelayanan kesehatan. Kedua mengidentifikasi kesamaan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Hal yang harus diperhatikan saat melakukan identifikasi pasien adalah: kesesuaian nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas dengan barcode, dan lainnya. Komponen evaluasi sasaran identifikasi pasien, antara lain:

- 1) Pasien tidak diperkenankan memakai nomor kamar
- 2) Mengidentifikasi pasien sebelum memberikan obat dan darah
- 3) Mengidentifikasi pasien sebelum pengambilan darah dan sampel untuk pengujian laboratorium.
- 4) Mengidentifikasi pasien sebelum dilakukan tindakan dan prosedur

Kesalahan mengidentifikasi pasien bisa menimbulkan sesuatu yang fatal, misalnya kesalahan identitas pasien yang akan dilakukan tindakan yang menyebabkan cedera ringan, sedang, berat, bahkan pasien dapat kehilangan nyawanya. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Penggunaan komunikasi sangat penting dilakukan secara efektif, efisien, akurat, lengkap, jelas, dan mudah dipahami. Komunikasi bisa dilakukan dengan berbagai cara, yaitu komunikasi lisan, komunikasi tulisan, dan komunikasi melalui media elektronik. Kesalahan dalam komunikasi terbanyak adalah komunikasi lisan melalui telepon. Misalnya seorang dokter memberikan intruksi ke perawat maka perawat tersebut juga harus mendokumentasikan dan melakukan pemeriksaan kembali (*read back*) apakah intruksi tersebut sudah tepat. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Ada beberapa poin yang harus dipenuhi dalam melakukan komunikasi efektif, antara lain:

- 1) Intruksi yang diberikan secara lisan melalui telepon harus di catat secara menyeluruh oleh penerima perintah.

- 2) Intruksi yang diberikan dengan verbal melalui telepon yang sudah di catat penerima perintah dibacakan kembali secara lengkap dan menyeluruh lalu di konfirmasi oleh pemberi perintah.
- 3) Kebijakan prosedur mengarah pada pelaksanaan verifikasi komunikasi verbal menggunakan telepon secara konsisten.

c. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Salah satu bentuk tanggung jawab rumah sakit dalam menjamin keselamatan pasien adalah dengan meningkatkan keamanan obat. Obat-obat yang harus di waspadai (*high alert medications*) adalah obat yang berisiko tinggi seperti obat-obatan yang kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*). Contohnya obat yang mirip kemasannya adalah ketorolac dan dexamethasone dalam bentuk ampul. Kekeliruan saat memberikan obat disebabkan kurangnya pemberian pelatihan dalam memberikan pelayanan kesehatan. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Upaya pencegahan hal-hal yang tidak diinginkan, dilakukan berbagai langkah untuk meningkatkan keamanan obat. Misalnya adanya kebijakan atau prosedur untuk menyusun daftar obat yang perlu diwaspadai.

d. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi

Kesalahan tindakan operasi, kesalahan prosedur, dan kesalahan pasien saat operasi disebabkan karena kurangnya komunikasi efektif pada tim operasi, pemakaian singkatan pada intruksi tindakan yang terkait tidak terbacanya tulisan dengan benar (*illegible handwriting*).

Sebelum dilakukan tindakan operasi petugas kesehatan terlebih dahulu melakukan verifikasi, lalu dilanjutkan dengan penandaan lokasi operasi, seperti penandaan lokasi operasi yang dilakukan di sisi operasi (*laterality*), *multiple struktur* (jari tangan, jari kaki, lesi) atau *multivel level* (tulang belakang). Pada pre-operasi dilakukan pemeriksaan lokasi, pasien yang benar, prosedur, foto lokasi operasi sudah terpampang dengan jelas, dan pengecekan alat-alat sebelum dilakukan tindakan operasi. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Ketika operasi sedang berjalan, jangan sampai terjadi kesalahan pasien, obat *emergency* belum tersedia, alat dan kebutuhan operasi ada yang tidak

lengkap. Untuk mencegah hal tersebut, rumah sakit membuat kebijakan dengan menerapkan pengisian lembar checklist dan di cek satu-satu sebelum dan sesudah dilakukan tindakan operasi.

e. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Menurut Kemenkes tahun 2011 pencegahan dan pengendalian infeksi adalah tantangan dalam memberikan perawatan karena memerlukan pengeluaran untuk pengobatan. Infeksi tersebut dapat ditemukan di semua rangkaian pelayanan kesehatan, seperti infeksi saluran kemih, pneumonia, dan sebagainya.

Masalah utama dari penyakit infeksi ini mengenai kebersihan dan mencuci tangan. Aturan umum mencuci tangan diperoleh dari *World Health Association* dalam mengembangkan strategi dan teknik untuk mencegah infeksi di lingkungan rumah sakit dengan memberlakukan kebijakan mencuci tangan (*hand hygiene*) dengan memberikan sarana mencuci tangan dan meletakkan antiseptik di sudut ruangan. (Wulandari et al., 2022)

f. Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

Angka kejadian pasien jatuh adalah bagian terpenting dari penyebab cedera khususnya pada pasien rawat inap. Dalam menangani kasus pasien jatuh rumah sakit melakukan evaluasi untuk mengetahui faktor penyebab pasien jatuh, misalnya faktor kebersihan rumah sakit. Selain itu dilakukan evaluasi melihat riwayat pasien, obat yang diberikan, dan alat bantu jalan yang dipakai. Selanjutnya dilakukan evaluasi dan penerapan kebijakan untuk mengurangi resiko pasien jatuh. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Rumah sakit dalam menjalankan program tersebut diharapkan dapat mengurangi kejadian pasien jatuh. Selain itu, dilakukan pembatasan di area bed dan mengurangi gangguan aliran dengan memasang *three way* infus.

Keenam sasaran keselamatan pasien tersebut merupakan panduan bagi instansi penyedia pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit. Pelaksanaan tujuan keselamatan pasien telah disepakati dan dilakukan melalui penilaian Standar Keselamatan Pasien (SKP) yang pelaksanaannya dilakukan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Oleh karena itu, semua rumah sakit yang ada di Indonesia harus memenuhi keenam tujuan tersebut untuk mewujudkan keselamatan pasien.

4. Manajemen Keselamatan Pasien

Menurut Rachmawati & Harigustian, (2019) manajemen keselamatan pasien adalah suatu kebijakan yang dibuat oleh penyedia pelayanan kesehatan supaya tercipta keselamatan pasien. Manajemen keselamatan pasien menjadi solusi untuk mengurangi adanya risiko cedera pada pasien. Ketika angka kejadian berkurang, maka rumah sakit akan mendapatkan kepercayaan dari masyarakat dalam memberikan pelayanan yang baik. Keuntungan lainnya, jika cedera berkurang maka laporan buruk dari pasien berkurang dan otomatis pengeluaran rumah sakit juga akan berkurang.

Lembaga penyedia pelayanan kesehatan menerapkan upaya keselamatan pasien yang memiliki tujuan sebagai peningkatan kualitas pelayanan. Langkah-langkah manajemen keselamatan pasien di instansi kesehatan, antara lain:

a. Manajemen Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Dalam menjalankan manajemen keselamatan pasien di rumah sakit, diperlukan standar yang sudah ditentukan oleh suatu rumah sakit tersebut, seperti:

- 1) Membuat tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) yang diketuai oleh seorang dokter, dan anggotanya berasal dari seluruh dokter baik dokter umum maupun dokter spesialis, perawat, penata anestesi, farmasi, dan petugas kesehatan lainnya.
- 2) Mengembangkan pelaporan tentang insiden
- 3) Melakukan pelaporan insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) secara rahasia.
- 4) Melaksanakan dan menerapkan standar keselamatan pasien
- 5) Rumah sakit menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien

b. Manajemen Keselamatan Pasien di Kabupaten/Kota

Manajemen kesehatan dilakukan di lembaga pelayanan kesehatan mulai dari tingkat provinsi, kabupaten, dan kota. Melaksanakan manajemen keselamatan pasien di berbagai institusi, misalnya mensosialisasikan pelaksanaan program keselamatan pasien di berbagai rumah sakit daerah. (Rachmawati & Harigustian, 2019) Pelaksanaan keselamatan pasien tingkat ini, diantaranya:

- 1) Menyelenggarakan program keselamatan pasien ke rumah sakit yang terdapat pada daerahnya.
- 2) Meminta dukungan anggaran kepada pemerintah daerah untuk melaksanakan program keselamatan pasien di rumah sakit.
- 3) Melaksanakan pelatihan terkait pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit.

c. Manajemen Keselamatan Pasien di Puskesmas

Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan yang berpengaruh terhadap kesehatan di masyarakat karena puskesmas menjadi pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan. Puskesmas memiliki manajemen keselamatan pasien dalam mengurangi terjadinya risiko keselamatan pasien. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Keselamatan pasien di puskesmas adalah tindakan pemberian asuhan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Tindakan tersebut terdiri dari pencegahan terjadinya risiko cedera selama pasien dirawat di suatu rumah sakit. Pencegahan yang dilakukan termasuk mengidentifikasi pasien serta membuat sistem pencatatan laporan kejadian insiden. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Selain itu, puskesmas juga memberikan pelayanan kesehatan seperti penyuluhan kesehatan di masyarakat, sekolah, dan lainnya. Penyuluhan yang dilakukan di masyarakat seperti penyuluhan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), Perawatan Kesehatan Masyarakat, dan sebagainya.

5. Standar Keselamatan Pasien

Menurut Ismaniar, (2015) rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan membuat acuan keselamatan pasien. Rumah sakit harus memenuhi standar keselamatan pasien sebagai upaya dalam menjaga keselamatan, 7 standar keselamatan pasien sebagai berikut:

a. Hak Pasien

Pasien dan keluarga sebagai penerima pelayanan kesehatan berhak memperoleh penjelasan mengenai rencana tindakan medis, hasil pelayanan kesehatan, insiden maupun resiko medis pada pasien. Untuk pemenuhan hak pasien dan keluarga dilakukan melalui sosialisasi dengan brosur rumah sakit,

pamflet, standing poster, atau papan laminasi yang ditempel di beberapa dinding rumah sakit. (Ismaniar, 2015)

Berdasarkan Permenkes No. 4 tahun 2018 pasal 17, hak pasien sebagai berikut:

- 1) Mendapatkan informasi perihal peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- 2) Menerima informasi perihal hak serta kewajiban pasien
- 3) Mendapatkan pelayanan yang manusiawi, sewajarnya, benar, dan tidak membedakan.
- 4) Mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar operasional prosedur.
- 5) Mendapatkan pelayanan yang tepat untuk menghindari kerugian fisik serta materi bagi pasien.
- 6) Pasien berhak mengajukan pengaduan mengenai kualitas pelayanan yang diterima

b. Mendidik Pasien dan Keluarga

Penyedia pelayanan kesehatan mengarahkan pasien dan keluarganya saat memberikan perawatan. Sebagai penerima pelayanan kesehatan, pasien harus mempunyai tanggung jawab dalam asuhan pelayanan kesehatan dan wajib menaati kewajiban. Menurut Ismaniar, (2015) pasien mendapat pendidikan atau edukasi dari penyedia pelayanan kesehatan. Dalam hal ini pasien di harapkan mampu:

- 1) Memberikan informasi yang pasti, jelas, jujur, dan menyeluruh
- 2) Memahami kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- 3) Menunjukkan sikap empati
- 4) Menaati dan menghargai peraturan rumah sakit
- 5) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- 6) Pemenuhan kewajiban biaya yang di sepakati

c. Keselamatan Pasien dan Kesenambungan Pelayanan

Dalam memberikan pelayanan kesehatan agar dapat berjalan dengan baik, maka pemberi pelayanan memberikan sesuai dengan kebutuhan pasien. Menurut Rachmawati & Harigustian, (2019) dalam memberikan pelayanan

kesehatan rumah sakit harus bekerjasama antara unit kerja dan unit pelayanan. Oleh karena itu, rumah sakit mempunyai standar, antara lain:

- 1) Memberikan pelayanan yang komprehensif. Mulai penerimaan pasien, pemeriksaan, diagnosis, rencana tindakan, dan tindakan pengobatan.
- 2) Memberikan pelayanan yang sesuai dengan keperluan pasien
- 3) Meningkatkan komunikasi antara keluarga dan penyedia pelayanan kesehatan

d. Penggunaan Metode Peningkatan Kerja Untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien

Rumah sakit mengevaluasi staf medis dengan mengumpulkan data serta meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien. Selain itu, rumah sakit juga menganalisis terjadinya insiden kecelakaan pasien untuk meningkatkan kerja beserta keselamatan pasien. (Ismaniar, 2015) Untuk mencapai hal tersebut rumah sakit memiliki kriteria diantaranya:

- 1) Rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan visi dan misi rumah sakit, tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, dan sebagainya.
- 2) Rumah sakit mengumpulkan data yang berkaitan dengan pelaporan insiden, akreditasi rumah sakit, manajemen risiko, pemanfaatan, dan kualitas pelayanan.
- 3) Rumah sakit mengevaluasi terkait semua insiden untuk meningkatkan keselamatan pasien lebih baik.

e. Peran Kepemimpinan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

Menurut Rachmawati & Harigustian, (2019) peran pemimpin pada manajemen lembaga penyedia layanan kesehatan sangat penting untuk mendukung program-program peningkatan keselamatan pasien. Standar yang perlu dipenuhi oleh pemimpin, yaitu:

- 1) Pemimpin membuat dan mengimplementasikan program keselamatan pasien dengan menerapkan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

- 2) Pemimpin meningkatkan komunikasi efektif dan melakukan kerjasama antar unit di setiap pelayanan kesehatan untuk mengambil langkah selanjutnya mengenai keselamatan pasien.
- 3) Pemimpin mengalokasikan sumber daya yang memadai sebagai upaya mempertinggi kinerja rumah sakit serta mempertinggi keselamatan pasien.

f. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien

Mempertinggi kualitas pelayanan di rumah sakit, pihak penyedia pelayanan kesehatan melakukan program orientasi bagi staf baru. Selain itu, rumah sakit juga membuat program pendidikan dan pelatihan dalam mempertinggi pemahaman dan keahlian staf. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

g. Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Menurut Rachmawati & Harigustian, (2019) rumah sakit mengadakan komunikasi efektif baik secara lisan maupun tulisan. Misalnya pemberian intruksi melalui media massa handphone lalu petugas kesehatan melakukan dokumentasi di lembar catatan untuk mengurangi risiko terjadinya kecelakaan kerja. Untuk mencapai komunikasi yang efektif rumah sakit menerapkan beberapa standar, diantaranya:

- 1) Rumah sakit mengatur manajemen informasi kesehatan pasien dalam mencukupi keperluan internal dan eksternal.
- 2) Penyampaian data dan informasi wajib tepat waktu dan akurat
- 3) Tersedia mekanisme dalam mengidentifikasi masalah serta keterbatasan komunikasi dalam meninjau manajemen informasi yang ada.

6. Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Hadi, (2016) insiden keselamatan pasien bisa mengakibatkan cedera pada pasien dan dapat di cegah. Berikut adalah macam-macam insiden keselamatan pasien:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah kejadian yang menyebabkan cedera pada pasien. Contohnya pemberian dosis obat yang berlebihan/kekurangan yang menyebabkan cedera karena tidak sesuai dosis.

- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah kejadian yang belum atau hampir terpapar ke pasien. Contohnya saat melakukan tranfusi darah yang harusnya diberikan kepada pasien A tetapi diberikan ke Pasien B.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah kejadian yang sudah terpapar tapi tidak mengalami cedera pada pasien. Contohnya pemberian obat yang salah dan sudah masuk ke dalam tubuh pasien tetapi tidak berdampak pada pasien.
- d. Kejadian Potensial Cedera (KPC) merupakan kejadian yang berpotensi cedera tapi belum terjadi. Contohnya menggunakan alat yang sudah tidak ada perbaikan.
- e. Kejadian sentinel adalah kejadian yang menyebabkan kematian atau cedera berat. Contohnya kematian di meja operasi atau kesalahan saat operasi.

Dalam mengimplementasikan *Patient Safety* di rumah sakit diperlukan kepatuhan dalam mengimplementasikannya dengan menggunakan lembar checklist atau *Surgical Safety Checklist (SSC)* untuk menurunkan kejadian yang tidak diharapkan.

C. Surgical Safety Checklist (SSC)

World Health Organization (WHO) collaborating center for patient safety pada tanggal 2 mei 2007 menerbitkan “*Nine Life Saving Patient Safety Solution*” (Sembilan solusi *Life Saving* keselamatan pasien di rumah sakit). Panduan ini mulai disusun sejak tahun 2005 dengan melakukan identifikasi dan mempelajari berbagai masalah kesehatan pasien. Sedangkan pada 14 Januari 2009 WHO menganjurkan program keselamatan pasien yang disebut *Surgical Safety Checklist (SSC)* untuk digunakan di seluruh dunia sebagai upaya dalam mengurangi angka kematian di seluruh dunia. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Program ini bertujuan untuk mengatasi masalah keselamatan dalam melakukan tindakan anestesi, pencegahan infeksi bedah, dan meningkatkan komunikasi antara anggota tim. Untuk mengurangi angka kejadian saat dilakukan tindakan pembedahan, WHO membuat lembar checklist yang diisi saat tindakan operasi berlangsung. Selain itu, tujuan penerapan SSC untuk menghindari adanya risiko cedera, membuat keselamatan pasien aman dalam melakukan tindakan anestesi, terhindar dari risiko infeksi, dan meningkatkan komunikasi efektif dengan tim operasi. (Tahir, 2018)

SSC merupakan alat komunikasi yang memotivasi kerjasama tim dalam meningkatkan kualitas keselamatan pasien di ruang operasi dan menurunkan angka kematian serta komplikasi akibat tindakan operasi yang dilakukan. Selain itu dilakukan adanya persamaan pendapat antara ahli anestesi, ahli bedah, dan perawat selama dilakukan tindakan operasi. Selain itu, diharapkan dapat memperkuat atau membina kerjasama dan komunikasi antar tim operasi. (Rachmawati & Harigustian, 2019)

Dalam penerapan SSC diperlukan koordinator untuk mencapai suatu keberhasilan dalam melakukan komponen di lembar checklist. Saat melakukan operasi kelalaian bisa saja terjadi saat persiapan pre operasi, intra operasi, maupun pasca operasi. Dalam setiap tahapan harus mengkonfirmasi apakah sudah dilakukan atau tidak sebelum melanjutkannya ke tahapan selanjutnya. Koordinator checklist sebelum dilakukan operasi harus memastikan identitas pasien, informed consent, metode yang digunakan, dan bagian yang akan di operasi. (Tahir, 2018)

Menurut WHO, (2009) pelaksanaan SSC membutuhkan seseorang operator yang berkewajiban dalam memeriksa checklist. Operator umumnya seorang dokter maupun petugas kesehatan lainnya yang menjadi bagian dari tim operasi. SSC di ruang operasi dibagi menjadi tiga tahap, yaitu: *Sign in* (sebelum induksi anestesi), *Time out* (sebelum pebedahan), dan *Sign out* (sebelum pasien dipindahkan dari ruang operasi).

Gambar 2.1 Tabel Surgical Safety Checklist (SSC)

Surgical Safety Checklist		
World Health Organization Patient Safety		
Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist)	Before skin incision (with nurse, anaesthetist and surgeon)	Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist and surgeon)
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? ☐ Yes	Confirm all team members have introduced themselves by name and role.	Nurse Verbally Confirms:
Is the site marked? ☐ Yes ☐ Not applicable	Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.	☐ The name of the procedure ☐ Completion of instrument, sponge and needle counts ☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) ☐ Whether there are any equipment problems to be addressed
Is the anaesthesia machine and medication check complete? ☐ Yes	Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? ☐ Yes ☐ Not applicable	To Surgeon, Anaesthetist and Nurse: ☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? ☐ Yes	Anticipated Critical Events	
Does the patient have a:	To Surgeon: ☐ What are the critical or non-routine steps? ☐ How long will the case take? ☐ What is the anticipated blood loss?	
Known allergy? ☐ No ☐ Yes	To Anaesthetist: ☐ Are there any patient-specific concerns?	
Difficult airway or aspiration risk? ☐ No ☐ Yes, and equipment/assistance available	To Nursing Team: ☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed? ☐ Are there equipment issues or any concerns?	
Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? ☐ No ☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned	Is essential imaging displayed? ☐ Yes ☐ Not applicable	
This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.		
Revised 1 / 2009 © WHO, 2009		

Sumber : (WHO, 2009)

SSC merupakan pemaparan dari lembar checklist yang di terjemahkan dalam bentuk formulir. Lembar checklist tersebut merupakan sarana komunikasi untuk memastikan keselamatan pasien pada tahap *Sign in*, *Time out*, dan *Sign out*. (WHO, 2009)

1. Fase Sign In

Fase *Sign in* merupakan fase sebelum dilakukan induksi anestesi. Pemeriksaan keamanan pada pasien harus diselesaikan sebelum induksi oleh perawat atau ahli anestesi. Pada fase ini koordinator yang bertugas melakukan pemeriksaan seperti:

- a. Pemeriksaan identitas pasien, jenis prosedur anestesi yang akan dilakukan, dan melakukan informed consent. Saat informed consent pada pasien tidak memungkinkan seperti pada pasien anak atau pasien tertentu, maka informed consent dilakukan pada penanggung jawab yang lain. Jika penanggung jawab tidak ada, seperti pasien dalam keadaan darurat (cito), maka tim operasi melanjutkan ke tahap berikutnya atas kesepakatan bersama.
- b. Pemeriksaan penandaan lokasi operasi dengan spidol permanen untuk kasus yang melibatkan lateralis (perbedaan lokasi antara kiri dan kanan), atau pemeriksaan di jari tangan, kaki, lesi, kulit, dan tulang belakang. Namun ada beberapa tindakan operasi yang tidak perlu dilakukan penandaan lokasi operasi, seperti pada operasi daerah mulut.
- c. Pemeriksaan mesin dan obat-obatan anestesi dilakukan oleh anestesi. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan alat STATICS, sirkuit pernafasan, pemeriksaan oksigen, suction, dan obat-obatan emergency.
- d. Pemeriksaan oksimetri untuk mengetahui apakah berfungsi atau tidak. Oksimetri digunakan untuk mendeteksi saturasi oksigen dan denyut nadi pasien. Jika tidak ada oksimetri maka tim operasi harus mempertimbangkan apakah harus melanjutkan tindakan operasi atau tidak.
- e. Menanyakan alergi dan jenis alergi yang di derita sebagai bentuk pertimbangan obat yang akan diberikan.
- f. Pengkajian kesulitan jalan nafas dan aspirasi. Penilaian jalan nafas sangat penting dilakukan karena akan berpengaruh pada anestesi yang akan diberikan. Penilaian jalan nafas menggunakan skor mallampati, jika skor mallampati 3 dan 4 maka jenis anestesi yang diberikan harus di pertimbangkan misalnya menggunakan anestesi regional jika memungkinkan. Sedangkan jika

terjadi aspirasi, maka petugas anestesi meminta tolong asisten untuk menekan krikoid selama induksi.

- g. Mengidentifikasi resiko kehilangan darah merupakan hal yang berisiko karena bisa menyebabkan syok hipovolemik. Untuk mengatasi hal tersebut dianjurkan memasang infus dua jalur atau kateter vena sentral sebelum dilakukan pembedahan dan memastikan persiapan cairan dan darah untuk resusitasi.

2. *Fase Time Out*

Fase Time out adalah tahap kedua yang dilakukan di dalam ruang operasi, tahap ini dilakukan setelah induksi anestesi dan sebelum dilakukan tindakan pembedahan (insisi). Hal yang dilakukan pada fase ini adalah:

- a. Memastikan seluruh anggota tim telah memberitahukan nama dan peran. Tim yang sudah akrab mengkonfirmasi bahwa setiap orang telah memperkenalkan nama, tetapi jika ada anggota tim yang baru dirotasi maka harus memperkenalkan diri, termasuk mahasiswa.
- b. Mengkonfirmasi nama pasien, metode, dan posisi tempat sayatan dibuat untuk menghindari kesalahan pada lokasi operasi. Misalnya operator menginfokan “Sebelum kita memulai tindakan operasi ini, apakah semua menyetujui pasien ini bernama pasien Z, yang akan menjalani perbaikan hernia inguinalis sebelah kanan?” jika benar maka tindakan dapat dilanjutkan.
- c. Pemberian antibiotik profilaksis dalam 60 menit terakhir, koordinator akan menanyakan apakah antibiotik sudah diberikan 60 menit sebelumnya atau tidak. Jika belum diberikan maka harus diberikan sekarang sebelum pembedahan, tetapi jika sudah diberikan maka pemberian dosis anestesi harus dipertimbangkan.
- d. Mengantisipasi peristiwa kritis pada tahap ini adalah mengantisipasi risiko perdarahan, ketidakstabilan hemodinamik, dan memverifikasi keberhasilan sterilisasi.
- e. Melakukan pemajangan foto yang akan dilakukan operasi untuk memastikan perencanaan dan pelaksanaan operasi yang tepat, misalnya pada operasi orthopedi maupun operasi thoraks.

3. Fase Sign Out

Fase *Sign out* merupakan tahap terakhir yang dilakukan sebelum pasien dikeluarkan dari ruang operasi yang bertujuan menginformasikan kepada tim, hal ini biasanya dilakukan sebelum penutupan luka. Hal yang harus diperhatikan dalam tahap ini, antara lain:

- a. Memastikan nama dan prosedur sudah dilakukan dengan baik dan benar
- b. Melakukan penghitungan instrument, spon, dan jarum
- c. Melakukan pelabelan spesimen dan obat analgetik pasca operasi
- d. Melakukan pemeriksaan peralatan apakah masih berfungsi atau tidak
- e. Tim operasi meninjau perhatian utama untuk pemulihan dan pengelolaan pasien.

Surgical Safety Checklist (SSC) dapat diterapkan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, salah satunya di Instalansi Bedah Sentral (IBS). Dalam memberikan pelayanan, IBS bertanggung jawab terhadap prosedur keselamatan pasien selama dilakukannya tindakan operasi.

D. Instalasi Bedah Sentral (IBS)

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2012, Instalasi Bedah Sentral (IBS) adalah suatu pelayanan tindakan di rumah sakit yang diperuntukkan bagi orang yang membutuhkan tindakan pembedahan. Di Indonesia setiap tahunnya terdapat sejumlah orang membutuhkan perawatan bedah dengan tindakan medis sebanyak 100 juta orang. (Allen et al., 2021)

Menurut Rachmawati & Harigustian, (2019) Instalasi Bedah Sentral (IBS) adalah suatu penyedia pelayanan kesehatan di rumah sakit. IBS menjadi area dilakukannya tindakan pembedahan oleh tim yang bekerja yang terdiri dari: dokter, perawat, ahli anestesi, dan sebagainya. IBS memberikan pelayanan tindakan operasi, baik untuk kasus bedah terencana (elektif), kasus bedah darurat atau segera (cito), maupun kasus pembedahan sehari (*one-day surgery*). (Nurkhasanah, 2017)

Jenis pembedahan yang dilakukan di IBS yaitu, Bedah Minor (merupakan pembedahan sederhana yang tidak berbahaya terhadap nyawa pasien, contohnya pembersihan luka dan *abses superfisial*), sedangkan Bedah Mayor (merupakan

pembedahan besar yang membutuhkan waktu relatif lama dan berisiko terhadap nyawa pasien, contohnya bedah thoraks). (Fadul, 2019)

Menurut (Fadul, 2019) ruang lingkup pelayanan Instalasi Bedah Sentral (IBS) dibagi menjadi tiga zona, yaitu :

1. Zona 1 (warna hijau), yang artinya selain petugas IBS diperbolehkan berada di area ini dan diperbolehkan memakai pakaian luar kamar operasi. Kawasan ini terdiri dari ruang konsultasi dokter anestesi, ruang transit, dan ruang *Recovery Room (RR)*.
2. Zona 2 (warna kuning), merupakan kawasan petugas kesehatan memakai baju khas operasi. Area ini meliputi area pertemuan, area makan, dan koridor kamar operasi.
3. Zona 3 (warna merah), yaitu kawasan wajib memakai atribut lengkap seperti baju operasi, alas kaki, masker, topi, dan sandal tertutup.

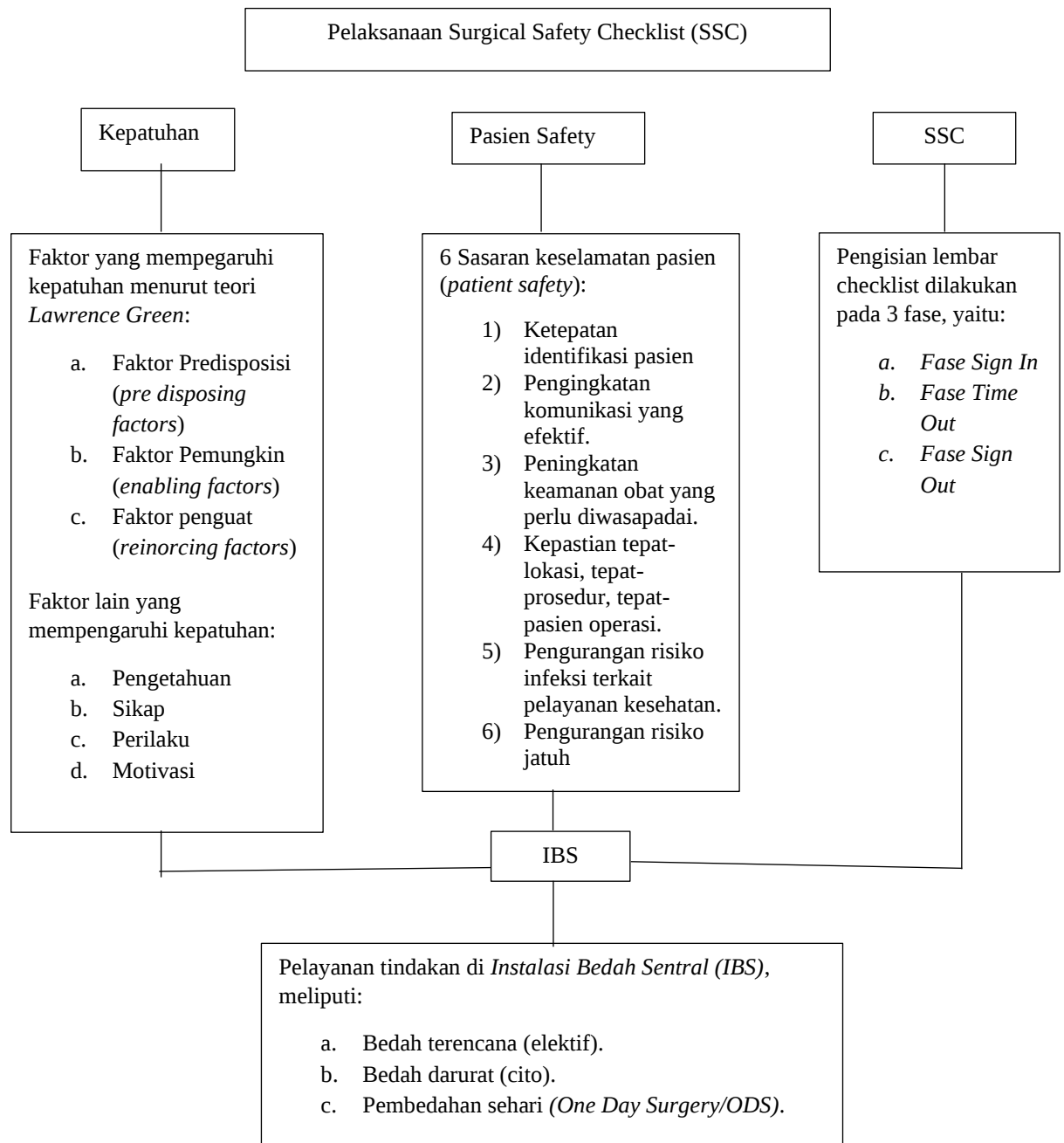
Pasien sebelum di operasi, dilakukan beberapa pemeriksaan seperti pemeriksaan tekanan darah, nadi, berat badan, dan lainnya oleh ahli anestesi. Selain itu pasien akan diberikan obat premedikasi sebagai penenang bagi pasien yang mengalami cemas saat akan dilakukan tindakan pembedahan. Selain itu, tim bedah mempersiapkan alat operasi. Ruang operasi di desain dengan nyaman dan tenang dengan tingkat sterilisasi yang tinggi. Ada meja operasi di bagian tengah dengan beberapa lampu sorot, dan mesin anestesi di samping meja operasi. Setelah selesai dilakukan pembedahan, pasien akan di pindahkan ke ruang *Recover Room (RR)* untuk dilakukan observasi sampai kondisi pasien stabil dan dapat di pindahkan ke kamar rawat inap. (Fadul, 2019)

Penatalaksanaan manajemen Instalasi Bedah Sentral (IBS) diperlukan berbagai upaya tercapainya pelayanan pembedahan yang baik. Dalam hal ini IBS sebagai koordinator pengorganisasian pelayanan pembedahan dilakukan pembentukan struktur ruang operasi. Tindakan dilakukan atas kerjasama antara dokter anestesi dan dokter bedah yang bekerja sesuai dengan hak dan kewajibannya. (Fadul, 2019)

Dalam melakukan tindakan operasi petugas kesehatan memiliki alur masuk maupun keluar, begitu pun dengan pasien. Alur masuk petugas kesehatan melalui pintu petugas dan menempatkan sepatu atau sandal pada lemari yang sudah di siapkan. Selanjutnya petugas kesehatan masuk ruang ganti dan mengganti baju steril dan baju non steril

dimasukkan kedalam loker yang sudah disediakan. Setelah itu petugas mencuci tangan di wastafel sebelum masuk ke ruang operasi dengan memakai topi, masker, sepatu atau sandal tertutup. Sedangkan alur masuk pasien melalui pintu utama terima pasien atau ruang transit, kemudian pasien diterima oleh perawat yang sedang bertugas di transit dan dilakukan identifikasi pasien.

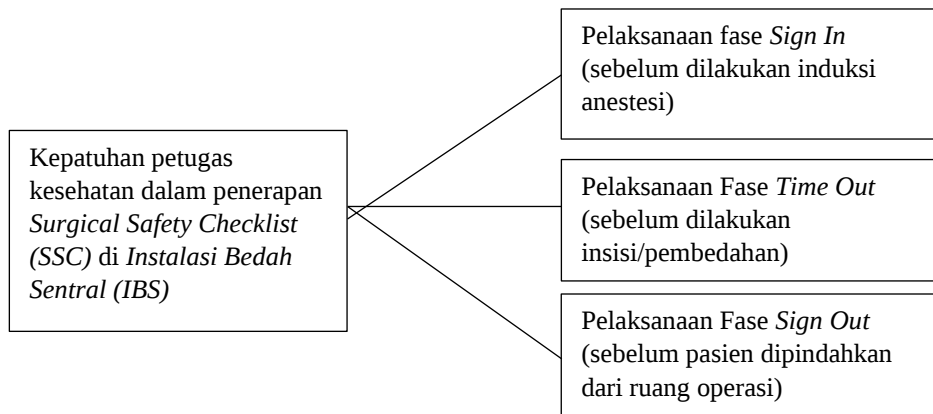
E. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (WHO, 2009), (Melani, 2020), Faradilla, (2020),
(Rachmawati & Harigustian, 2019), (Nurkhasanah, 2017)

F. Kerangka Konsep



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

Sumber : (WHO, 2009)

G. Keaslian Penelitian

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

No	Judul	Metode Penelitian	Persamaan	Perbedaan	Kesimpulan
1	Penerapan Surgical Safety Checklist (SSC) dengan keselamatan pasien operasi (Dewi et al., 2022)	Jenis penelitian ini memakai Literature Review dengan pendekatan Systematic Mapping Study (Scoping study). Desain study penelitian menggunakan cohort studies, quasi-experimental, dan random controlled trial.	a. Menggunakan lembar checklist sebagai instrument penelitian. b. Ruang lingkup penelitian di IBS.	Penelitian yang dilakukan (Dewi et al., 2022) bertujuan untuk mengetahui hubungan penerapan SSC dengan keselamatan pasien. Sedangkan penelitian peneliti bertujuan untuk mengetahui kepatuhan dalam penerapan SSC.	Penerapan SSC dapat menurunkan angka komplikasi pasca operasi dengan menerapkan kerjasama tim dan komunikasi.
2	Mutu Pelayanan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Huriati et al., 2022)	Metode yang pakai yaitu pendekatan literature review yang diawali dengan pemilihan topik kemudian menuliskan keyword yang sesuai dengan MeSH.	Sama-sama membahas tentang keselamatan di rumah sakit	a. Jenis data yang digunakan pada penelitian (Huriati et al., 2022) menggunakan data sekunder yaitu data yang diperoleh dari penelitian terdahulu menggunakan sumber data jurnal atau artikel yang sudah terakreditasi nasional dan internasional. Sedangkan data yang dipakai peneliti menggunakan data primer yang di	Penerapan keselamatan pasien di berbagai rumah sakit berbeda sehingga mutu pelayanan yang diberikan berbeda. Misalnya di pengaruhi oleh standar akreditasi, budaya keselamatan pasien, dan komunikasi yang dilakukan oleh

				dapatkan langsung dari hasil observasi.	petugas kesehatan.
3	Mutu Pelayanan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Purwanti et al., 2022)	Jenis penelitian yang dipakai menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain analitik dan pendekatan cross sectional. Pengambilan sampel memakai teknik purposive sampling. Teknik pengumpulan data memakai teknik wawancara.	Persamaan penelitian ini dilakukan di tiga fase yaitu, <i>fase sign in, time out, dan sign out.</i>	Faktor yang mempengaruhi penerapan SSC berdasarkan penelitian (Purwanti et al., 2022) adalah pengetahuan, kepatuhan dan beban kerja. Sedangkan penelitian yang dilakukan peneliti berdasarkan ketidakpatuhan yang disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya pemahaman, tingkah laku dan motivasi.	Kesimpulan penelitian (Purwanti et al., 2022) yaitu, antara beban kerja dan SSC tidak memiliki hubungan.
4	Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Penerapan Surgical Safety Checklist Di Kamar Operasi Satu Rumah Sakit Swasta (Allen et al., 2021)	Metode penelitian ini memakai desain cross sectional dengan total sampling. Analisis data memakai analisis bivariat dengan menggunakan uji chi square.	Responden penelitian yang digunakan sama, berdasarkan pada pasien yang akan dilakukan operasi elektif maupun cito.	Penelitian (Allen et al., 2021) membahas hubungan penerapan SSC dengan keselamatan pasien dengan tambahan variabel, sedangkan peneliti membahas tentang kepatuhan dalam penerapan SSC dengan satu variabel.	Antara tingkat pengetahuan dan penerapan SSC perawat di ruang operasi tidak memiliki hubungan.