

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum RS PKU Muhammadiyah Gamping**

RS PKU Muhammadiyah Gamping merupakan Rumah Sakit Unit II RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan berganti nama menjadi RS PKU Muhammadiyah Gamping. Menurut sejarah awalnya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berasal dari klinik dan poliklinik yang akhirnya sekarang berlokasi di Jln. KH. Ahmad Dahlan No.20 Gondomanan Yogyakarta. Rumah sakit tersebut merupakan milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah. RS PKU merupakan rumah sakit yang pertama didirikan oleh K.H. Ahmad Dahlan sebagai Ketua Persyarikatan Muhammadiyah pada waktu itu dan atas ide dari muridnya yaitu K. H. Sudjak yang awal mulanya hanya berupa klinik dan poliklinik dan berdiri pada tanggal 15 Februari 1923 dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Dulu berawal dari nama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) yang artinya menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh kaum dhuafa' di Yogyakarta. Dengan berjalannya waktu, nama PKO akhirnya berubah menjadi PKU kepanjangan dari Pembina Kesejahteraan Umat.

Perpindahan lokasi klinik dan poliklinik PKU didasarkan karena kebutuhan yang meningkat tidak disertai dengan sarana dan prasarana

yang ada, pimpinan memutuskan memindahkan klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah sebelumnya di Notoprajan kemudian pindah ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta (sekarang Jln. K.H. Ahmad Dahlan) pada tahun 1928. Dan pada tahun 1936 pindah lokasilagi ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga saat ini namun masih dalam bentuk klinik dan poliklinik. Pada tahun 70an status klinik dan poliklinik akhirnya berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Munculnya Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 memuat tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan memfasilitasi perkembangan berbagai amal usaha di bidang kesehatan, termasuk di dalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan mengatur gerak kerja dari amal usaha Muhammadiyah lainnya terutama di bidang kesehatan. Surat Keputusan tersebut mengatur tentang misi bagaimana cara meningkatkan kualitas masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya terwujudnya kehidupan sejahtera sebagaimana yang dicita-citakan Muhammadiyah. Prinsip qaidah inilah yang menjadi dasar paling utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sampai dengan sekarang.

Berkembangnya masalah-masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat, keterbatasan akses pelayanan, perkembangan ilmu dan

teknologi kesehatan, memaksa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mengembangkan pelayanannya dan membuat pelayanan kesehatan yang lebih luas namun sesuai dengan visi dan misi yang sama dan tercetuslah ide untuk mendirikan RS di daerah sekitar Gamping dan akhirnya dinamai RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Adapun visi, misi dan semboyan RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah

### **1. VISI**

Mewujudkan RS Pendidikan Utama dengan keunggulan dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan riset dengan sistem jejaring dan kemitraan yang kuat pada tahun 2018

### **2. MISI**

Misi Pelayanan Publik/Sosial, Misi Pendidikan, Misi Penelitian dan Pengembangan, dan terakhir Misi Dakwah.

Dimana RS PKU Muhammadiyah Gamping mendukung visi dan misi tersebut diatas dan memiliki Semboyan dalam pelayanan yaitu “AMANAHA” yang merupakan kependekan dari: Antusias, Mutu, Aman, Nyaman, Akurat dan Handal.

RS PKU Muhammadiyah Gamping memiliki 4 kamar operasi modern yang memenuhi standar pemerintah untuk syarat ruang operasi baik nasional dan internasional dan didukung oleh dokter spesialis serta

subspesialis bedah yaitu dokter bedah umum, ortopedi (bedah tulang), bedah digestif, dokter spesialis kandungan dan kebidanan, THT, mata, bedah rahang/mulut dan urologi. Penggunaan ruang operasi yang dinamis oleh beberapa dokter antara lain dokter bedah umum sebanyak 4 orang, ortopedi (bedah tulang) sebanyak 3 orang, bedah digestif 1 orang, kandungan dan kebidanan 5 orang, THT 3 orang, mata 4 orang, bedah mulut 1 orang, dan urologi 1 orang sehingga perlunya penggunaan *surgical safety checklist* sebagai alat untuk pasien tepat operator, tepat tempat iris, dan lain-lain.

## **B. HASIL PENELITIAN**

### **1. Karakteristik responden**

Responden atau subjek penelitian terdiri dari 4 orang dari tiap perwakilan populasi di unit bedah sentral: 1 dokter bedah, 1 dokter anestesi, 1 perawat anestesi, dan 1 perawat bedah.

### **2. Pembuatan video**

Pembuatan video dilaksanakan di unit bedah sentral Ma'wa di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tanggal 3 Mei 2018 dan diperankan oleh beberapa dokter dan perawat yang sedang bertugas pada saat itu dengan pasien yang akan dilakukan prosedur operasi. Hasil video yang dikerjakan oleh peneliti dan tim berdasarkan skenario yang sudah dibuat peneliti. Seluruh pelakon di video merupakan pelaksana *Surgical Safety Checklist* ditempat penelitian.

Hasil video ditunjukkan dibawah ini:



**Gambar 4. 1 Judul Video “*Safe Surgery Checklist*”**

Dan didalamnya terdiri dari 3 segmen yaitu:

**a. *Sign In*:**



**Gambar 4. 2 Judul *Sign In***



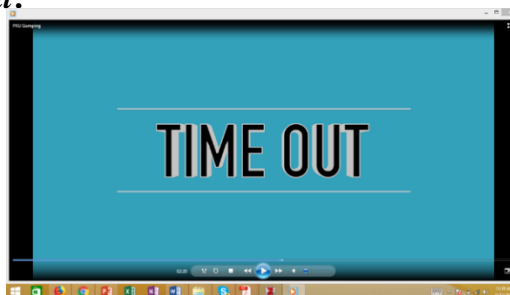
**Gambar 4. 3 *Sign In***

*Sign in* dilakukan oleh perawat anestesi dengan komponen selama *Sign In*:

- 1) Konfirmasi pasien:
  - a) Identifikasi dari gelang pasien
  - b) Lokasi operasi
  - c) Prosedur operasi
  - d) Informed consent operasi
  - e) Informed consent anestesi
- 2) Lokasi yang akan dioperasi telah diberi tanda
- 3) Mesin dan obat-obatan anestesi sudah dikroscek ulang
- 4) Pulse oksimetri sudah terpasang dan berfungsi
- 5) Apakah pasien mempunyai riwayat alergi
- 6) Apakah pasien ada kesulitan bernafas/risiko sulit bernafas?
- 7) Risiko kehilangan darah > 500 ml (7 mg/kgbb pada anak)
- 8) Perlunya pemasangan dua akses intravena/akses sentral dan rencana cairan yang digunakan
- 9) Jika pasien membutuhkan implant apakah sudah disiapkan?

Selama video segmen pertama, terdiri dari 3 pelakon yaitu pasien, dokter anestesi, dan perawat anestesi.

**b. *Time Out:***



**Gambar 4. 4 Judul *Time Out***



**Gambar 4.5 Time Out**

*Time out* dilakukan oleh perawat sirkuler dengan komponen selama *Time Out*:

- 1) Konfirmasi ulang seluruh anggota tim dan masing-masing memperkenalkan diri nama dan perannya.
- 2) Dokter bedah melakukan konfirmasi ulang secara verbal, nama pasien, prosedur operasinya lokasi dimana insisi akan dibuat.
- 3) Konfirmasi ulang apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan 30 menit sebelum operasi? Nama antibiotik dan dosis antibiotik yang diberikan dicantumkan.
- 4) Konfirmasi ulang, *review* dokter bedah, *review* tim anestesi, dan *review* tim perawat.
- 5) Apakah pemeriksaan radiologi foto rontgen telah ditayangkan.

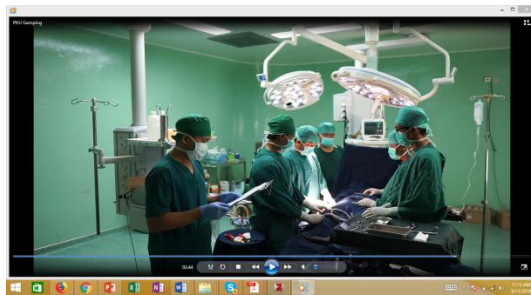
Pada segmen *time out* dirinci secara detail *review* antisipasi kritis oleh dokter bedah, dokter anestesi, dan tim perawat seperti:

sedia darah, problem pasien (status fisik ASA), kelengkapan alat-alat dan lain-lain.

c. *Sign Out*:



**Gambar 4. 6 Judul *Sign Out***



**Gambar 4. 7 *Sign Out***

*Sign out* dilakukan oleh perawat sirkuler dengan komponen *sign out*:

- 1) Perawat melakukan konfirmasi ulang secara verbal dengan seluruh tim, mencakup nama prosedur tindakan bedah, instrumen khusus yang digunakan dan lain-lain dihitung dengan tepat jumlahnya, spesimen telah diberikan label (tertulis di label nama dan asal jaringan), adakah masalah



khusus selama operasi dilakukan, seperti alat rusak atau lainnya.

- 2) Dokter bedah, dokter anestesi dan perawat melakukan review dan evaluasi ulang masalah utama apa yang harus diperhatikan untuk paska operasi dan manajemen pasien selanjutnya sebelum pasien keluar kamar operasi.

Selama *time out*, dokter bedah mereview hasil akhir prosedur operasi dan kesulitan atau masalah yang terjadi selama operasi. Dokter anestesi juga menyampaikan rencana manajemen selanjutnya setelah pasien keluar dari kamar operasi termasuk didalamnya manajemen paska operasi (manajemen nyeri dan pengawasan paska pembiusan).

### **3. *In-depth Interview dan Coding***

*Coding* dilakukan berdasarkan 4 subjek penelitian. Kode A1 untuk perawat anestesi. Kode A2 untuk perawat bedah. Kode B1 untuk dokter spesialis anestesi dan Kode B2 untuk dokter spesialis bedah.

*Didapatkan* hasil koding pada tabel 4.1 memuat tentang *axial coding* dan *selection coding*.

**Tabel 4. 1 Hasil Coding *In-Depth Interview***

Axial Coding	Selection Coding (Tema Final)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komponen SSC:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Sign in, time-out, sign out.</i></li> <li>b. sign in <i>untuk</i> persiapan operasi.</li> <li>c. <i>time out</i> untuk memastikan tempat benar.</li> <li>d. sign out untuk evaluasi kembali sebelum ditutup.</li> <li>e. <i>perawat</i> anestesi berperan pada sign in.</li> <li>f. Identifikasi pasien komponen sign in</li> <li>g. time out mengecek kembali kesiapan tim operasi.</li> <li>h. Sebelum operasi ditutup pada tahap sign out</li> </ol> </li> <li>2. Tujuan SSC:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tujuan SSC mencegah insiden.</li> <li>b. SSC sudah terlaksana di RS</li> <li>c. SSC sebagai ilmu dasar untuk masuk ruang operasi.</li> <li>d. SSC untuk keselamatan pasien dan keselamatan tim</li> <li>e. SSC sebagai daftar untuk pelayanan dan pembedahan yang berkualitas dan bermutu.</li> <li>f. SSC meminimalkan mortalitas dan komplikasi</li> <li>g. SSC sebagai sarana keselamatan pasien terutama di kamar operasi</li> <li>h. SSC wajib digunakan untuk meminimalkan kejadian sentinel.</li> </ol> </li> <li>3. Penggunaan Video SSC:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengetahuan komponen SSC <i>sign in, time out, sign out.</i></li> <li>2. Tujuan SSC tercapai untuk keselamatan pasien dan keselamatan tim dan sebagai dasar pelayanan dan pembedahan yang berkualitas dan bermutu.</li> <li>3. Video SSC membantu mengetahui, memahami dan mengingatkan kembali pelaksana SSC.</li> </ol>

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a. Video diputar pada saat waktu senggang dan ada waktu luang</li><li>b. Video lebih patuh</li><li>c. Video menambah informasi sebelumnya</li><li>d. Video membantu pemahaman SSC dan bukan sebagai rutinitas</li><li>e. Video membantu mengingatkan kembali, bukan membuat patuh</li><li>f. Video untuk sebagai media pelatihan</li><li>g. Video dapat digunakan dengan sasaran yang berbeda</li><li>h. Video membantu mengetahui SSC</li><li>i. Video bermanfaat dalam memahami dan merfresh yang kurang paham</li><li>j. patuh dengan adanya video</li><li>k. Video diputar sebelum mulai shift operasi</li><li>l. Video membantu peran masing-masing di SSC</li><li>m. Video membantu jika lebih menarik dan informatif disertai dengan banyak tulisan seputar checklist dan selama role play</li><li>n. checklist dimasukkan ke video</li><li>o. video tetap ada pengaruhnya dan kepatuhan tergantung disiplin dan tanggung jawab tim</li><li>p. komitmen tim untuk melakukan</li><li>q. video dibuat lebih menarik</li><li>r. Tujuan video untuk mengingatkan</li></ul> |  |
|---|--|

Hasil *coding* didapatkan 34 pernyataan dari *in-depth interview* dan menjadi 3 *axial coding* yaitu: *komponen Surgical Safety Checklist*, tujuan SSC dan penggunaan video SSC dan akhirnya didapatkan hasil *selection coding*/tema final yaitu: 1. Pengetahuan komponen SSC *sign in, time out, dan sign out*, 2. Tujuan SSC tercapai untuk keselamatan pasien dan tim dan sebagai dasar pelayanan pembedahan yang berkualitas dan bermutu, 3. Video SSC *yang* dibuat membantu mengerti, memahami dan mengingatkan kembali pelaksana SSC. (Tabel 4.1)

Berdasarkan hasil tema final analisis hasil penelitian didapatkan:

**a. Pengetahuan komponen SSC *sign in, time out, dan sign out***

Komponen SSC terdiri dari *sign in, time out, dan sign out*. *Sign in* dapat disimpulkan pada tahap ini untuk persiapan sebelum operasi, dilaksanakannya identifikasi pasien dimana perawat anestesi berperan di bagian ini. Pada pernyataan dari perawat anestesi:

“..... *Pertama sign-in, itu untuk menilai sejauh mana kesiapan sebelum tindakan operasi.....*”---A1.

Dimana *Time out* untuk memastikan tempat benar dan kesiapan tim operasi.

“.....*Time-out juga untuk memastikan apakah benar.....*”---A1

Dan *sign out* untuk evaluasi kembali sebelum tutup operasi.

“.....*sign-out, itu juga untuk mengecek kembali.....*”---A1

**b. Tujuan SSC tercapai untuk keselamatan pasien dan tim dan sebagai dasar pelayanan pembedahan yang berkualitas dan bermutu.**

Sebagaimana pengertian dan komponen SSC diatas terdapat pernyataan tujuan SSC yaitu diantaranya, mencegah terjadinya insiden, kejadian sentinel, meminimalkan mortalitas dan komplikasi, untuk keselamatan pasien dan tim terutama di kamar operasi, *checklist* yang digunakan untuk pelayanan yang berkualitas dan bermutu, terakhir untuk pengetahuan dasar masuk kamar operasi. Pada pernyataan dokter anestesi dengan kode B-1 mendukung pernyataan diatas.

*“.....meminimalisir ya kejadian-kejadian yang tidak diinginkan gitu ya “bahkan sempet sampai satu mortalitas”, ya harapannya seperti itu meminimalisir komplikasi.....” –B1.*

Penggunaan video SSC untuk kepatuhan pelaksanaan SSC dibuat berdasarkan skenario yang sudah diberikan berdasarkan standar *checklist* WHO edisi pertama dan dimodifikasi dari rumah sakit tempat penelitian.

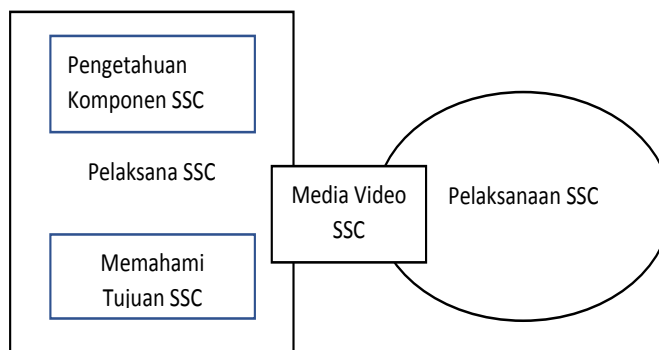
**c. Video SSC yang dibuat membantu mengerti, memahami dan mengingatkan kembali pelaksana SSC.**

Tujuan video SSC menambah informasi, membantu pemahaman dan mengingatkan pengguna SSC sehingga menambah kepatuhan.

“.....dengan adanya video tersebut Saudara lebih patuh dengan pengaplikasian SSC? .... insya Allah harus patuh....”—B1.

Video dapat diputar dimana saja, di perangkat elektronik apa saja sehingga pengguna dapat mudah melihat video berulang-ulang. Dengan memutar video berulang-ulang pengguna SSC dapat memahami peran masing-masing di SSC. Media video memberikan pengetahuan dan memahami tujuan SSC pada pelaksana SSC. (Diagram 4.1)

“.....Tentu bermanfaat ya. Ya, karena mungkin sebelumnya kita sudah melakukan ya sign-in, time-out, sign-out. Tapi dengan adanya video tadi memberikan pembelajaran lagi, me-refresh bagian yang kurang menjadi semakin paham....”—B1



**Gambar 4. 8 Persepsi Pelaksana SSC pada *developing* media video dalam pelaksanaan SSC**

### **C. PEMBAHASAN**

Budaya keselamatan pasien di kamar bedah mengacu pada prosedur operasional yang dibuat oleh rumah sakit tersebut. Upaya-upaya untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien sejalan dengan kepatuhan dari

beberapa aspek di kamar bedah. Kami mengangkat penelitian mengenai *surgical safety checklist* yang merupakan salah satu aspek penting dalam meningkat budaya keselamatan pasien di kamar bedah. Dimana hambatan kepatuhan dokter dan perawat terhadap pedoman dibagi tiga diantaranya pengetahuan dokter dan perawat (kurangnya pemahaman dan kesadaran), sikap (kurangnya kesepakatan, efektivitas diri, dan hasil yang diharapkan) dan perilaku (hambatan dari luar) (Cabana et al, 1999). Sedangkan hambatan selama pelaksanaan SSC (Juliana, 2013) disimpulkan belum paham tentang pelaksanaan SSC, petugas belum terbiasa (sering lupa), multiperan perawat dianggap sebagai faktor risiko ketidakpatuhan pelaksanaan SSC.

Pengetahuan komponen SSC *sign in, time out, dan sign out* peniting untuk diketahui oleh pelaksana SSC. Pengetahuan dan keahlian tentang keselamatan memiliki hubungan yang kuat terhadap kepatuhan, bersedia melakukan yang disuruh atau diperintahkan (Neal et al, 2000). Kebutuhan akan edukasi untuk menambah pengetahuan dan keterampilan dalam kondisi keterbatasan waktu pelaksana SSC dapat dengan solusi adanya video yang mudah diliat kapan saja dan dimana saja, dengan aplikasi apa saja. Dan kepercayaan akan video karena dibuat oleh pelaksana SSC sendiri, sehingga menambah rasa memiliki dan kebanggaan untuk melaksanakan SSC.

Pada salah satu studi *cross sectional* yang dilaksanakan di beberapa rumah sakit di Swiss tentang pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* sebagai pedoman penting pelayanan kesehatan di Swiss ditemukan bahwa di Swiss *checklist* digunakan sebagai dasar yang sering dikerjakan namun terdapat beberapa grup personel pelayanan kesehatan yang tidak mengerjakan dengan rutin. Hal ini menarik untuk ditelaah sebabnya. Mungkin terdapat faktor pengaruh dan hal-hal lain yang berkaitan yang menyebabkan mereka tidak mengerjakan secara rutin sehingga memang dibutuhkan studi lebih lanjut. Pengetahuan personel pelayanan kesehatan terhadap SSC ternyata berpengaruh secara krusial dalam mengerjakan perannya di SSC dan menggunakan SSC secara benar. (Mascherek, 2013) Penelitian ini menyimpulkan salah satu tema final yaitu pengetahuan SSC *sign in*, *time out* dan *sign out* dan penting untuk diketahui pengguna SSC.

Menyebarkan pengetahuan sesama pelaksana kesehatan penting untuk keberhasilan tim dan pelaksanaan standar keselamatan yang tinggi tim operasi. Studi terbaru menunjukkan bahwa perawat lebih sering berperilaku positif dalam mengisi *checklist* daripada dokter dan dokter bedah. (Mascherek, 2013)

Dari hasil analisis pelaksana SSC berasumsi SSC yang dilakukan sudah tercapai untuk keselamatan pasien dan tim bahkan hal ini didukung dari studi yang pernah dilakukan bahwa penggunaan WHO *surgical*



*safety checklist* pada operasi urgen juga dapat meningkatkan hasil akhir prosedur operasi. Komplikasi paskaoperatif menurun sampai dengan 36%, persentase kematian turun sampai dengan 62%. Pada operasi urgen dibutuhkan tindakan intervensi yang cepat, dengan adanya *surgical safety checklist* membantu tim memastikan pasien mendapatkan pelayanan yang standar walaupun dalam waktu yang sempit. (Weiser dkk, 2010) Menariknya di salah satu pernyataan di analisis bahwa tujuan SSC sebagai ilmu dasar masuk di ruang operasi, sebagai media pembelajaran dengan media video, selain tujuan dasarnya media video memudahkan pelaksana SSC memahami perannya di SSC.

Media Video sebagai sarana upaya meningkatkan kepatuhan karyawan dalam keselamatan pasien di kamar bedah ditampilkan setiap hari di ruang istirahat di kamar bedah selama 3 minggu. Upaya tersebut diharapkan semua karyawan di kamar bedah melihat secara visual tanpa paksaan dalam kondisi sedang istirahat, santai dan dapat mengaplikasikan secara individu sesuai contoh video yang ditampilkan.

Kami lakukan indepth *interview* terhadap 4 pelaksana *Surgical Safety Checklist* yang telah melihat video secara visual dan mengaplikasikan secara individu dan dengan tim. Kepatuhan merupakan bagian dari ranah perilaku yang merupakan sebuah *performance*/penampilan dari hasil belajar melalui proses edukasi.

Edukasi yang dilakukan dengan menggunakan video yang dimana dibuat dan dilaksanakan oleh subjek sasaran yang dapat dinilai dan diobservasi secara langsung dalam penelitian ini. Metode penelitian ini menggunakan media video sebagai sarana edukasi dan pengingat sehingga pemahaman lebih karena contoh lebih konkret dan lebih jelas, dan pelaksana dapat mengamati dan mengerjakan sesuai contoh di video. Pelaksana SSC menjadi paham dan mengerti dan bersedia melakukan sesuai contoh di media video dan melaksanakan SSC sesuai dengan persepsinya masing-masing. (Diagram 4.1)