

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan di dasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta fungsi sosial (Kemenkes RI, 2010). Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat lengkap. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat harus dikuasai oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin banyaknya permasalahan dalam Rumah Sakit. (Kemenkes RI, 2010)

Pembedahaan adalah salah satu pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang menggambarkan mutu RumahSakit. Sejalan dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka kegiatan pembedahan menjadi bentuk

pelayanan kesehatan yang spesialistik. Ruang operasi (OR) adalah salah satu departemen yang penting dari sebuah rumah sakit, yang merupakan unit kerja dengan biaya tinggi namun menghasilkan keuntungan yang cukup besar untuk Rumah Sakit. Inefisiensi ruang operasi harus dihindari, karena menyebabkan ketidakpuasan bagi semua pihak, dan banyak pihak yang terlibat di dalamnya.(van Veen-Berkx et al., 2016).

Pembedahan adalah cabang dari ilmu kedokteran yang berkaitan dengan pengobatan cedera, penyakit, dan gangguan lainnya baik dengan menggunakan cara manual dan menggunakan instrumental. Pembedahan melibatkan manajemen cedera akut dan penyakit lainnya yang dibedakan dari penyakit kronis, penyakit yang berkembang lambat, kecuali ketika pasien tetap harus dioperasi. (Britannica, The Editors of Encyclopaedia. "Surgery". Encyclopedia Britannica, 19 Aug. 2021, <https://www.britannica.com/science/surgery-medicine>. Accessed 29 August 2021., 2021). Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (Sjamsuhidayat, 2017). Pembedahan ini dibedakan menjadi dua jenis yaitu operasi elektif dan darurat. Operasi elektif didefinisikan sebagai operasi terencana yang dapat direncanakan terlebih dahulu sebagai hasil dari penilaian klinis spesialis yang akhirnya dapat dimasukkan dalam daftar tunggu operasi elektif. (Queensland Health's Clinical Excellence Division, 2017)

World Health Organization (WHO) mengungkapkan bahwa jumlah pasien yang menjalani pembedahan dari tahun ke tahun mengalami peningkatan yang sangat signifikan. Pada tahun 2011 terdapat 140 juta pasien di seluruh rumah sakit di dunia, sedangkan pada tahun 2012 mengalami peningkatan sebesar 148 juta jiwa. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2009, tindakan pembedahan menempati urutan yang kesebelas dari 50 penyakit di rumah sakit se-Indonesia (Dan et al., 2017). Tempat untuk melakukan prosedur pembedahan dilakukan di ruang operasi.

Ruang operasi merupakan sistem yang kompleks dan merupakan lingkungan yang tidak bisa diprediksi kondisinya dengan banyak faktor yang dapat menyebabkan tidak efisiennya kamar operasi. Interaksi sosial adalah salah satunya, dimana disini terlibat banyak interaksi mulai dari banyaknya pengambil keputusan, baik pasien, pemberi asuhan, dokter anestesi dan dokter bedah, perawat bedah, serta petugas administrasi dan tim yang mengatur peralatan. Serta bermacam-macam pasien, prosedur pembedahan dan dokter bedah. (Lee et al., 2019)

Ketidakefektifan penggunaan kamar bedah adalah topik yang populer dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan, dimana 46 % pasien yang datang ke Rumah Sakit adalah untuk menjalani proses pembedahan. Ketidakefektifan penggunaan kamar bedah bisa diidentifikasi sebagai menyia-nyiakan sumber daya yang ada. Banyak penelitian menyebutkan bahwa pembatalan operasi adalah masalah dalam sistem pelayanan Kesehatan.(Antoniou et al., 2019a). Hal ini disampaikan juga pada penelitian (van Veen-Berkx et al., 2016)

bahwa inefisiensi ruang operasi harus dihindari, karena dapat menyebabkan ketidakpuasan bagi semua pihak, dan akan melibatkan banyak pihak. Salah satu penyebab inefisiensi kamar operasi adalah penundaan operasi.

Penundaan operasi pada hari yang sama adalah pelaksanaan operasi yang dijadwalkan pada hari sebelum operasi tetapi tidak dioperasi sesuai jadwal, dan ini merupakan masalah umum di seluruh dunia (Abeeleh et al., 2017). Jumlah penundaan operasi dari beberapa penelitian sangat bervariasi, seperti penelitian-penelitian berikut ini.

Penelitian yang dilakukan (Appavu et al., 2016) menyebutkan angka penundaan operasi yang terjadi adalah sekitar 4.5 %- 30.3 %. (Abate et al., 2020) menyebutkan angka penundaan di negara berkembang terjadi 2- 40 %. Penelitian yang dilakukan oleh (Antoniou et al., 2019b) menyebutkan bahwa pembatalan operasi yang terjadi pada hari pelaksanaan operasi terjadi 6.1 %- 30.3 %. Berdasarkan hasil penelitian diatas, angka rata- rata penundaan yang terjadi adalah 2- 40 %. Penundaan operasi ini disebabkan oleh berbagai macam faktor.

Penyebab penundaan menurut Kaddoum et al dikategorikan menjadi enam, yaitu (1) perubahan kondisi pasien, (2) faktor yang berhubungan dengan pasien, (3) masalah keuangan, (4) fasilitas / sumber daya manusia, (5) ketersediaan tempat tidur, dan (6) faktor yang berhubungan dengan ahli bedah. (Kaddoum et al., 2016). Sementara menurut penelitian yang dilakukan (Wong et al., 2018) menyebutkan bahwa di Inggris dari 14936 pasien, 33 % pasien

yang di tunda pelaksanaan waktu operasinya disebabkan oleh berubahnya kondisi klinis pasien, 31 % disebabkan oleh tidak tersedianya tempat tidur.

Penelitian yang dilakukan di timur tengah oleh (Morris et al., 2017) bahwa dari 760 pasien, 67 % pasien mengalami penundaan dikarenakan faktor-faktor yang berhubungan dengan pasien. Penelitian prospective cross sectional di Ethiopia yang dilakukan oleh (Desta et al., 2018) menyebutkan bahwa mayoritas 35 % kasus penundaan operasi disebabkan oleh ketidakhadiran dokter bedah.

Penelitian-penelitian menyebutkan bahwa penyebab terjadinya penundaan operasi, dan dapat dikategorikan sebagai (1) faktor yang berhubungan dengan pasien seperti perubahan kondisi pasien, ketidakhadiran pada hari pelaksanaan operasi, menolak tindakan operasi, (2) faktor yang berhubungan dengan ahli bedah, dan (3) faktor yang berhubungan dengan fasilitas tempat layanan kesehatan seperti tidak tersedianya ruang rawat inap, waktu pelaksanaan operasi, peralatan, ketidakakadekuatan kinerja tim, dan ketidaksediaan tim.

Hasil penelitian dari (Demilew et al., 2021) dan (Appavu et al., 2016) menyebutkan bahwa kasus penundaan operasi elektif terbanyak adalah bedah umum.

RSUD R Syamsudin, SH Kota Sukabumi, yang merupakan Rumah Sakit Rujukan tipe B Pendidikan. Instalasi Bedah Sentral dengan 10 kamar operasi merupakan unit pelayanan perioperative yang memberikan pelayanan baik antara operasi elektif dan kegawatan.

Data di Instalasi Bedah Sentral pada bulan Januari – Juni tahun 2021, didapatkan data dari total 2353 operasi yang terdiri dari 1037 operasi elektif dan 1316 operasi emergency dengan rata-rata operasi per bulannya 415 dengan terdapat 100 kasus penundaan dimana 42 % terjadi di Instalasi Bedah Sentral dan 58 % terjadi di ruang rawat inap pada hari pelaksanaan operasi.

Penyebab penundaan yang terjadi di Instalasi Bedah Sentral adalah 38 % dikarenakan kondisi klinis pasien dan 4 % Non Klinis sedangkan penyebab penundaan yang terjadi di ruang rawat adalah 18 % klinis dan 40 % non klinis. Penyebab penundaan yaitu 40 % adalah kondisi klinis pasien, ketidakhadiran operator sebanyak 22 %, operasi sebelumnya berlangsung lebih lama dari perkiraan sebanyak 22 %, masalah administrasi sebanyak 1 %, ketidakhadiran keluarga inti sebanyak 4 % dan tidak tersedianya alat yang dibutuhkan sebanyak 6 %.

Data bulan Januari -Juni 2021, menyebutkan bahwa angka berdasarkan jumlah pasien setiap bulannya pasien terbanyak adalah Bedah Umum sebanyak 26,8 % dengan 666 pasien dengan angka penundaan 19.23 % dengan 646 pasien dengan angka penundaan sebanyak 5.7 %, peringkat ketiga adalah Digestif dengan jumlah pasien sebanyak 9.4 % dengan jumlah sebanyak 234 pasien dengan angka penundaan 3.85 %..Urutan jumlah pasien terbanyak ke empat adalah Bedah Plastik yaitu 6.7 % dengan jumlah pasien sebanyak 167 pasien dengan angka penundaan sebanyak 46.5 %.

Penundaan operasi berakibat bertambahnya beban kerja, tidak efektifnya waktu pelaksanaan operasi serta menyebabkan trauma psikologis pada pasien

dan keluarga, serta pada masyarakat pada umumnya yang pada akhirnya akan berdampak terhadap peningkatan biaya fungsional sehubungan dengan bertambahnya lama waktu rawat.(Demilew et al., 2021)

Penyebab Penundaan operasi dapat diklasifikasikan menjadi kasus penundaan yang bisa dihindari dan tidak bisa dihindari. Penyebab penundaan yang bisa dihindari ini bisa dihindari dengan adanya meneliti rekam medis dan komunikasi yang baik sebelum pelaksanaan operasi. Pada penelitian ini didapatkan 80 % persen penyebab penundaan yang dapat dihindari . (Kaddoum et al., 2016)

ACI menyampaikan berbagai usaha untuk meningkatkan efisiensi kamar operasi menjadi suatu hal yang penting dilakukan. Menurut Operating Theatre Efficiency Guidelines New South Wales, efisiensi kamar operasi dapat dinilai dari utilisasi kamar operasi, waktu perawatan anestesi, waktu mulai operasi pasien pertama, pembatalan operasi dalam satu hari, waktu turnover, dan underrun and overrun times. Selain itu waktu tunggu pasien yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien juga memiliki peranan penting (2014, cit Sukma et all, 2020, p 2). Penelitian yang dilakukan oleh Stewart et al., (2019) menggunakan aplikasi di telepon genggam untuk meningkatkan kepatuhan pasien sebagai calon pasien operasi. Kemudian penelitian yang dilakukan oleh (Ballon-Landa et al., 2019) pada tahun yang sama menggunakan penggunaan protokol preoperative. Sementara Penelitian yang dilakukan oleh TeamSTEPPS digunakan sebagai strategi yang dilakukan untuk

meningkatkan efisiensi ruang operasi dan mengurangi hal- hal terkait dengan keselamatan pasien.

Implementasi *daily safety huddle* sebagai model untuk berbagi informasi yang kritikal untuk meningkatkan keselamatan lingkungan telah banyak dilakukan oleh berbagai oraganisasi kesehatan. Tim bedah, pemimpin dan pihak lain yang terlibat dalam keselamatan di unit perawatan rumah sakit dan di area tindakan (salah satunya di kamar bedah ). Salah satunya yang spesifik digunakan adalah tehnik komunikasi *Preoperatif Huddle*. (Criscitelli, 2015)

Penelitian *Nightly Preoperative Huddle Email Improves Perioperative Efficiency* yang dilakukan Tyerman et al., (2020) menyatakan bahwa dengan menerapkan *preoperatif huddle* dapat menurunkan angka keterlambatan operasi, ketepatan pelaksanaan waktu operasi serta penundaan yang berlangsung lama. Strategi yang dilakukan berfokus pada optimalisasi perawatan perioperative yang pada akhirnya akan menghasilkan keuntungan bagi semua anggota tim.

*Preoperative huddle* merupakan salah satu bentuk komunikasi yang dilakukan semua tim yang terlibat dalam pelayanan bedah sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan komunikasi dalam seluruh anggota yang terlibat dalam pelayanan perioperative terutama pada fase preoperatif untuk mempersiapkan anggota tim serta mengurangi angka penundaan operasi elektif.

Pembatalan operasi ini menyebabkan banyak efek baik terhadap pasien, keluarga, tim bedah serta untuk rumah sakit sendiri oleh karena itu peneliti

tertarik untuk melakukan penelitian mengenai masalah ini dengan mencoba mengaplikasikan *preoperatif huddle* dalam pelayanan perioperative.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas, maka rumusan masalah peneliti ini adalah “Apakah penggunaan *preoperatif huddle* efektif terhadap kesiapan tim bedah dan penundaan operasi elektif di Instalasi Bedah Sentral RSUD R Syamsudin, SH Kota Sukabumi.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis efektifitas penggunaan *preoperative huddle* terhadap kesiapan tim bedah dan angka penundaan operasi elektif di RSUD R Syamsudin, SH Kota Sukabumi

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui efektifitas *preoperative huddle* terhadap kesiapan tim bedah
- b. Untuk mengetahui efektifitas *preoperative huddle* terhadap penundaan operasi elektif bedah umum.

## D. Manfaat Penelitian

## 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan ilmiah bagi tenaga keperawatan demi peningkatan ilmu pengetahuan khususnya yang terkait dengan keperawatan perioperative

## 2. Manfaat Praktis

### a. Manfaat untuk rumah sakit

Sebagai bahan masukan bagi RSUD R Syamsudin, SH Kota Sukabumi khususnya bidang keperawatan dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan dalam mengembangkan keperawatan perioperative.

### b. Manfaat Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai acuan penelitian lanjutan yang berkaitan dengan pengembangan sistem pendidikan keperawatan.

### c. Pelaksana perawat

Untuk mengembangkan dan meningkatkan pendidikan dalam bidang keperawatan secara professional dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

### d. Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi masyarakat sebagai bahan bacaan dan juga sebagai bahan acuan bagi masyarakat yang ingin mengetahui lebih dalam tentang pengembangan profesi perawat.



## E. Keaslian Penelitian

**Tabel 1.1.**  
**Referensi Jurnal Penelitian**

NO	PENELITIAN SEBELUMNYA	PENELITIAN SEKARANG	
1	PENELITI Zachary Tyerman MD, J Hunter Mehaffey MD MSc, Robert B. Hawkins MD MSc, Mouhamed Dicip MD, Nels D. Carroll MD, April M. Howell, RN, MSN, John A Kern MD, Gorav Ailawadi MD, Nicholas Teman MD.	Jay Zhu, Katharyn M Stadel, Kavita Pandit, Jennifer Zech, Andrew Ludwig, Katharyn Harris, Hannah Naughton, Jonathan Yi, Giana H Davidson, Patricia A Kritek	
2	JUDUL <i>Nightly Preoperative            Huddle Email Improves            Perioperative Efficiency</i>	<i>Standardizing            Nightly Huddles            with Surgical            Residentd ans            Nurses to Improve            Interdisciplinary            Communication            and Teamwork</i>	Efektifitas <i>preoperative            Huddle</i> terhadap kesiapan tim dan penundaan operasi elektif umum di Instalasi Bedah Sentral RSUD R Syamsudin, SH Kota Sukabumi

3	JURNAL NAMA	Department of Cardiothoracic Surgery, University of Texas Health Science Centra San Antonio, San Antonio / PUBMED	University of Wasington Medical Centre  (UWMC ) / PUBMED
---	----------------	--	---

4	VOL, NO,TAHUN	Vol 109, tahun 2020	2020	2021
---	------------------	---------------------	------	------



5	VARIABEL	VARIABEL BEBAS: Efisiensi Perioperatif	VARIABEL BEBAS : Komunikasi Interdisipliner dan Kerjasama Tim	VARIABEL BEBAS : Kesiapan Tim dan Penundaan operasi elektif bedah umum
---	----------	---	---	---

VARIABEL TERIKAT: <i>Preoperative Huddle</i>	VARIABEL TERKAIT : <i>Nightly Huddle</i>	VARIABEL TERKAIT : <i>Preoperatif Huddle</i>
---	---	--

6	Instrumen Penelitian	INSTRUMEN : <i>Preoperatif Huddle Email</i>	INSTRUMEN : Daftar Periksa	INSTRUMEN : Form Ceklist
---	-------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------

			Standar untuk memandu pertemuan tatap muka setiap malam dan survei 4 pertanyaan untuk mengevaluasi persepsi penghuni dan perawat tentang kualitas komunikasi menggunakan skala Likert 5 poin	untuk seluruh tim yang terlibat dalam pelayanan perioperative
7	Lokasi Penelitian	Departemen Bedah Kardioraks, Pusat Ilmu Kesehatan Universitas Texas San Antonio, San Antonio	Pusat Medis Universitas Wasington (UWMC)	Instalasi Bedah Sentral RSUD R Syamsudin SH Kota Sukabumi
8	Rentang Waktu	1 Juli 2013 hingga 1 Januari 2017	10 bulan (5 bulan sebelum intervensi dan 5 bulan setelah intervensi)	2021
9	Desain penelitian	Ekperiment satu kelompok pretest-posttest	Tidak berpasangan dua sampel T -test	intervensi satu kelompok post test group design



10	Analisis	<p>Analisis univariat, Mann-Whitney U Test untuk variabel countinues. Chi-Squere test untuk variabel kategori untuk membandingkan faktor pra operasi antara penundaan lama dan semua kasus lainnya. Regresi linier multivariat untuk memprediksi waktu tunda sesuai dengan menggunakan variabel dari analisis univariat kami.</p>	<p>Uji T dua sampel tidak berpasangan digunakan untuk membandingkan rata-rata Respons Survei Skala Likert, rata-rata jumlah halaman yang diterima, dan rata-rata jumlah respons cepat yang diaktifkan sebelum dan sesudah penerapan ngerumpi. Teks chi square untuk membandingkan proporsi perawat yang mampu mengidentifikasi residen night float sebelum dan sesudah penerapan huddle. Tingkat Alpha 0,05 dipilih untuk proiri. Analisis diselesaikan dengan menggunakan R</p>	T Test
----	----------	---	--	--------



<b>11</b>	Hasil Penelitian	Dari 643 kasus <i>Pre-Huddle</i> dan 437 kasus <i>Huddle</i> . Setelah implementasi <i>Huddle</i> , waktu tunda berkurang 2 menit (9 menit <i>Pre-Huddle</i> vs 7 menit <i>Huddle</i> , $P < .001$ ). Namun, waktu untuk sayatan meningkat (70 menit vs 73 menit, $P [ .002$ ), seperti halnya menit yang digunakan (373 menit vs 394 menit, $P [ .002$ ) di era <i>Huddle</i> . Entri tepat waktu meningkat 46% (5,0% menjadi 9,2%, $P [ .007$ ), dan penundaan lama menurun 26% (33.3% vs 24.3%, $P [ .002$ ). Penundaan yang lama dikaitkan dengan kasus-kasus mendesak (58,2% vs 28,6%, $P$ $< .001$ ), non-Society of Thoracic Surgeons Predicted Risk of Mortality case (46,9% vs	<i>Nightly Huddle</i> secara signifikan meningkatkan persepsi perawat tentang kerja tim dan komunikasi interdisipliner ( $p$ $< 0,00005$ ). Dengan <i>Nightly huddle</i> , secara signifikan lebih banyak perawat yang mampu mengidentifikasi dan memberi nama residen pelampung malam yang bertugas pada akhir rotasi 4 minggu ( $p$ $< 0,00005$ ). Perawat merasakan dampak positif pada perawatan pasien dan lingkungan kerja. Tidak ada perubahan dalam jumlah halaman
-----------	---------------------	--	--

---

---

34,1%,  $P < .001$ ), dan malam hari atau kurang pengalaman ahli tanggapan cepat. bedah (7 tahun vs 9 tahun,  $P < .001$ ). Waktu tunda secara independen diprediksi oleh status mendesak (D10.17 menit), pengalaman ahli bedah (L0.15 menit/tahun), penyakit paru-paru (D5.43 menit), dan non-Society of Thoracic Surgeons Predicted Risk of Mortality (D5 0,44 menit). Implementasi *Huddle* meningkatkan penundaan operasi, ketepatan jam sayat, dan pembatalan operasi

