

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. *Surgical Safety Checklist*

##### 1. Pengertian

*Surgical Safety Checklist*. *Surgical Safety Checklist* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Safety* dan *Compliance* (2012) menyatakan bahwa *Surgical Safety Checklist* adalah instrumen komunikasi, untuk menjalankan kerjasama antar tim dalam mencapai keselamatan pasien diruang operasi dalam upaya peningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, instrumen ini juga digunakan untuk menurunkan kematian dan komplikasi akibat pembedahan serta terjadinya kejadian tidak di inginkan (Elrifda, 2011).

*Surgical Safety Checklist* ini adalah sebuah alat yang digunakan oleh tenaga medis di kamar operasi untuk meningkatkan keamanan operasi, mengurangi kematian dan komplikasi akibat pembedahan (WHO, 2009).

*Surgical Safety Checklist* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical Safety Checklist* merupakan alat komunikasi, mendorong teamwork untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional diruang operasi untuk meningkatkan kualitas dan menurunkan kematian

serta komplikasi akibat pembedahan, dan memerlukan persamaan persepsi antara ahli bedah, anestesi dan perawat (WHO, 2009).

## 2. Tujuan *Surgical Safety Checklist*

Tujuan dari surgical safety checklist adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas dan meningkatkan komunikasi dan kerja tim pada tindakan pembedahan operasi sehingga menjadikan pelayanan bedah yang aman dan berkualitas dan menjamin *patient safety* pada tindakan pembedahan oleh tim bedah dan anestesi di ruang operasi (Wangoo et al., 2016)

## 3. Manfaat *Surgical Safety Checklist*

Pembedahan pada dasarnya, memiliki empat pembunuh utama: infeksi, perdarahan, anestesi yang tidak aman dan hal-hal yang dapat disebut sebagai tak terduga. Dengan bantuan *surgical safety checklist* dapat menyediakan perlindungan terhadap kesalahan-kesalahan pembedahan. Dalam penerapan *checklist* kerja sama tim antara beberapa praktisi kesehatan yang diperlukan bukan hanya mereka yang bekerjasama saling akur dengan yang lain. Yang diperlukan adalah disiplin. Disiplin adalah suatu yang harus diperjuangkan bahkan *checklist* yang sederhana sekali pun (Conley et al., 2011). Disiplin kerja adalah sikap yang patuh terhadap peraturan-peraturan dan norma yang berlaku (Amiruddin, 2019).

Manfaat dari *surgical safety checklist* diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Surgical safety checklist disusun untuk membantu tim bedah untuk mengurangi angka KTD. Banyaknya KTD yang terjadi akibat pembedahan mengakibatkan WHO membuat program surgical safety checklist untuk mengurangi KTD. Dalam praktiknya surgical safety checklist bermanfaat untuk mengurangi angka kematian dan komplikasi, penelitian menunjukkan angka kematian dan komplikasi berkurang setelah digunakan *surgical safety checklist*. Penelitian Haynes menunjukkan angka kematian berkurang 47% dan angka komplikasi berkurang 36% (Haynes et al., 2009).
- b. Menurunkan *surgical site infection* dan mengurangi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml. *Surgical site infection* dan mengurangi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml. Penelitian Weiser menunjukkan angka ILO mengalami penurunan setelah dilakukan penelitian dengan menggunakan *surgical safety checklist*. Angka ILO turun dari 11,2% menjadi 6,6% dan risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml turun dari 20,2% menjadi 13,2% (Weiser et al., 2008).
- c. Menurunkan proporsi pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit. Pada penelitiannya tentang *surgical patient safety system* menghasilkan penerapan *surgical safety checklist* pre operasi menghasilkan waktu yang lebih lama dari 23,9-29,9 menjadi 32,9

menit, akan tetapi jumlah pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit menurun sebesar 6% (De Vries et al., 2010).

- d. Penggunaan *checklist* kertas merupakan salah satu solusi karena *checklist* kertas dapat disediakan dengan cepat dan membutuhkan biaya sedikit, selain itu *checklist* kertas juga dapat disesuaikan ukuran dan bentuknya sesuai dengan kebutuhan serta tidak memerlukan penguasaan teknologi yang tinggi untuk mengisinya (Verdaasdonk et al., 2009).

#### 4. Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*

*Surgical safety checklist* dibagi tiga tahap yaitu sebelum induksi anestesi (*Sign In*), periode setelah induksi dan sebelum bedah sayatan (*Time Out*), serta periode selama atau segera setelah penutupan luka dan sebelum mengeluarkan pasien dari operasi kamar (*Sign Out*). Pada setiap fase, koordinator checklist harus diizinkan untuk mengkonfirmasi bahwa tim telah menyelesaikan tugasnya sebelum melakukan kegiatan lebih lanjut (WHO, 2009).

Proses penerapan *surgical safety checklist* WHO 2009 dibagi tiga tahap yaitu:

- a. *Sign in (Briefing Phase)*

*Sign in* merupakan fase dimana verifikasi pertama kali saat pasien tiba di ruang penerimaan atau ruang persiapan atau fase sebelum induksi anestesi, koordinator yang biasanya dilakukan oleh penata anestesi

dimana bertanya dan memeriksa apakah identitas pasien benar, prosedur dan bagian yang akan dioperasi sudah benar, dan telah diberi tanda, persetujuan operasi dan pembiusan telah ditandatangani oleh pasien, pulse oksimetri dapat berfungsi. Perawat serta dokter anestesi konfirmasi ulang kemungkinan adanya risiko apakah pasien ada resiko kehilangan darah dalam jumlah banyak, ada kemungkinan kesulitan bernafas, dan pasien ada reaksi alergi (WHO, 2009).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *surgical safety checklist (Sign in)* adalah sebagai berikut:

1) Konfirmasi identitas pasien

Perawat diruang serah terima instalasi bedah sentral mengkonfirmasi kepada pasien mengenai identitas, bagian dan sisi yang akan dioperasi, prosedur dan persetujuan tindakan, setelah lengkap selanjutnya pasien akan memasuki ruangan operasi (WHO, 2009).

2) Sisi yang akan dioperasi sudah ditandai

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesalahan operasi salah sisi terletak pada tahap sign in, untuk itu tahapan ini harus konsisten dijelaskan (Clarke et al., 2021).

3) Obat dan mesin anestesi telah diperiksa secara lengkap

Dokter anestesi sebelum melakukan induksi anestesi memeriksa peralatan anestesi, oksigen, dan inhalasi serta memeriksa

ketersediaan obat dan resiko anestesi terhadap setiap kasus (WHO, 2009).

4) Pulse Oksimetri pada pasien berfungsi

Dokter anestesi memasang peralatan oksimetri pada pasien dan berfungsi dengan benar sebelum induksi anestesi dan indikatornya dapat dilihat pada layar monitoring oleh seluruh team operasi. Pulse oksimetri merupakan alat non invasif yang berguna untuk memberikan perkiraan kejenuhan oksihemoglobin arteri (SpO<sub>2</sub>) dengan memanfaatkan panjang gelombang cahaya untuk menentukan saturasi oksihemoglobin (SpO<sub>2</sub>) tapi tidak dapat menentukan metabolisme atau jumlah oksigen yang digunakan pasien. Batas normal adalah 95-100% meskipun nilai turun sampai 90% masih dianggap nilai normal pada orang sehat (WHO, 2009).

5) Apakah pasien memiliki Alergi?

Sejak awal pasien masuk kebangsal, harus ditanyakan ada riwayat alergi apa dan melakukan tes alergi, jika ditemukan riwayat alergi akan diantisipasi dan ditulis pada status pasien. Untuk dokter anestesi akan melakukan visit ke bangsal untuk melakukan anestesi dan pemeriksaan fisik diagnostik. Dari hasil tersebut, dokter anestesi akan mengetahui adanya riwayat alergi terhadap pasien, sehingga dapat mengantisipasi untuk mencegah komplikasi obat-obatan anestesi (WHO, 2009).

- 6) Apakah pasien memiliki kesulitan bernafas atau mempunyai resiko aspirasi?

Kesulitan bernafas pada pasien diketahui sebelum dilakukan operasi dengan melakukan kunjungan kepada pasien oleh dokter bedah maupun dokter anestesi. Dari hasil tersebut, dokter anestesi akan mengetahui adanya kesulitan pernafasan terhadap pasien. Jika ada kesulitan jalan nafas, dokter anestesi akan menulis di status sehingga pada tahapan sign in tim operasi dapat mengetahuinya sehingga dapat mengantisipasi pemakaian jenis anestesi yang digunakan. Resiko aspirasi juga harus dievaluasi sebagai bagian dari penelitian jalan nafas, untuk mengantisipasi resiko aspirasi pasien disuruh puasa 6 jam sebelum operasi. Beberapa keadaan paru yang dapat menyebabkan kesulitan bernafas seperti emfisema, bronkitis kronik, pneumonia dan edema paru (WHO, 2009).

- 7) Apakah pasien memiliki resiko kekurangan darah lebih dari 500 ml?

Pasien yang mempunyai resiko perdarahan lebih dari 500 ml dipersiapkan dari sehari sebelum dilakukan operasi. Dokter anestesi akan mempersiapkan langkah langkah di ruang operasi dengan memakai infus dua jalur dan memastikan ketersediaan darah dan cairan untuk resusitasi. Volume kehilangan darah yang cukup besar merupakan salah satu dan paling umum yang

membahayakan pasien saat operasi. Resiko syok hipovolemik meningkat ketika kehilangan darah melebihi 500 ml (WHO, 2009).

b. *Time out*

*Time out* merupakan fase dimana setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan memberitahu perannya masing-masing. Operator harus memastikan bahwa semua orang di ruang operasi harus kenal satu sama lain. Sebelum melakukan insisi pertama kali pada kulit operator konfirmasi ulang dengan suara yang keras bahwa mereka melakukan prosedur operasi yang sesuai pada pasien yang tepat, dan insisi di tempat yang tepat. Tidak lupa konfirmasi ulang bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 30-60 menit sebelum insisi. (WHO, 2009).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *surgical safety checklist (Time out)* adalah sebagai berikut:

- 1) Semua anggota tim telah memperkenalkan nama dan peranan mereka masing masing. Anggota tim dapat berganti terus. Manajemen efektif situasi risiko tinggi membutuhkan semua anggota tim mengerti setiap anggotanya dan peranan serta kemampuan mereka. Koordinator akan menanyakan kepada setiap orang yang berada di ruangan untuk memperkenalkan nama dan perannya. Tim yang sudah familiar satu sama lain mengkonfirmasi masing-masing orang yang telah dikenal, tetapi

anggota baru atau staf yang dimutasi ke kamar operasi sejak operasi terakhir harus memperkenalkan diri, termasuk pelajar atau personel lain (WHO, 2009).

- 2) Operator, professional anestesi dan perawat secara verbal mengkonfirmasi identitas pasien, lokasi dan prosedur Langkah ini merupakan standard time out. Sebelum operator melakukan insisi, koordinator atau anggota tim yang lain menanyakan setiap orang di kamar operasi untuk berhenti dan secara verbal konfirmasi nama pasien, pembedahan yang akan dilakukan, lokasi pembedahan dan jika memungkinkan memosisikan pasien untuk mencegah kesalahan pasien atau lokasi (WHO, 2009).
- 3) Antisipasi kejadian krisis Komunikasi tim yang efektif merupakan komponen penting dari pembedahan yang aman, tim kerja yang efisien dan pencegahan komplikasi. Untuk memastikan komunikasi mengenai isu pasien kritis, selama time out coordinator checklist memimpin diskusi singkat antara operator, staf anestesi dan staf perawat mengenai rencana bahaya dan operasi. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan sederhana kepada setiap anggota tim. Selama prosedur rutin, operator dapat menentukan pernyataan sederhana, “ Ini seperti kasus biasa dengan durasi X” dan kemudian menanyakan kepada professional

anestesi dan perawat jika mereka mempunyai pertimbangan tertentu (WHO, 2009).

- 4) Tinjauan operator apakah langkah langkah kritis/yang tidak diharapkan, durasi operasi, antisipasi kehilangan darah. Diskusi mengenai langkah–langkah kritis atau yang tidak diharapkan. Minimal untuk mengkonfirmasi anggota tim mengenai setiap langkah yang meletakan pasien dalam bahaya kehilangan darah yang cepat, cedera atau morbiditas utama lainnya (WHO, 2009).
- 5) Tinjauan tim anestesi : apakah pasien mempunyai pertimbangan khusus tertentu. Pada pasien yang beresiko kehilangan darah, ketidakstabilan hemodinamik atau morbiditas utama lainnya karena prosedur, seorang anggota tim anestesi harus mengutarakan rencana spesifik dan mempertimbangan resusitasi. Pada ketiadaan risiko kritis yang harus dibagi dengan tim, professional anestesi dapat mengatakan dengan sederhana, “Saya tidak mempunyai sesuatu pertimbangan yang khusus pada kasus atau pasien ini” (WHO, 2009).
- 6) Tinjauan tim perawat: apakah sterilisasi telah dikonfirmasi dan apakah ada pemberitahuan mengenai peralatan atau yang lain. Perawat yang mencuci atau teknisi yang mengatur peralatan harus secara verbal mengkonfirmasi bahwa sterilisasi telah dilaksanakan. Jika tidak ada pemberitahuan yang penting, maka perawat yang mencuci atau teknisi dapat mengatakan sederhana

“sterilisasi terjaga, saya tidak ada pemberitahuan yang lain” (WHO, 2009).

7) Apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 30-60 menit terakhir ?. Pemberian antibiotik profilaksis pada pembedahan adalah penggunaan antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi setelah pembedahan. Pemberian antibiotik yang tepat dapat mengurangi terjadinya infeksi luka operasi tetapi penggunaan antibiotik yang berlebihan mengakibatkan terjadinya resistensi terhadap antimikroba. Harus ada perbedaan antara pemberian antibiotik profilaksis pada sebelum pembedahan dan sesudah pembedahan (WHO, 2009).

c. *Sign out (Debriefing Phase)*

*Sign Out* merupakan bagian dimana seluruh tim (bedah dan anestesi) akan menilai akhir operasi yang sudah selesai dilakukan. Pengecekan kelengkapan pasca operasi seperti, kasa dan penghitungan alat-alat bedah, pemberian label pada spesimen 15 jaringan yang diambil, adanya kerusakan alat selama operasi dan masalah lain yang belum dan telah ditangani. Periode final dimana tim bedah dan anestesi merencanakan manajemen setelah operasi dan fokus perhatian pada manajemen pemulihan pasien dan disebutkan rencananya oleh operator dan dokter anestesi belum memindahkan pasien dari kamar operasi (WHO, 2009).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *surgical safety checklist* (*sign out*) adalah sebagai berikut:

- 1) Sejak prosedur diubah atau diperluas selama operasi, koordinator checklist harus mengkonfirmasi dengan operator dan tim mengenai prosedur yang telah dilakukan. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan, “prosedur apa yang telah dilakukan?” atau “apakah kita telah melakukan prosedur X?”
- 2) Perhitungan instrument, jarum, dan kasa. Pelaksanaan perhitungan instrumen, jarum, dan kasa di instalasi bedah sudah mempunyai checklist tersendiri berupa rekaman asuhan keperawatan perioperatif dimana perhitungan pertama asuhan keperawatan perioperatif (sebelum operasi) dan tambahan selama operasi dilakukan. Perawat memberitahukan secara lisan kepada tim mengenai kelengkapan instrument (WHO, 2009).
- 3) Jika ada spesimen harus dilakukan pelabelan. Perawat atau dokter bedah membuat label yang benar dari setiap spesimen patologi yang diperoleh selama prosedur dengan membuat pengantar patologi dan menggambarkan bentuk dari spesimen, salah membuat label berpotensi bencana bagi pasien dan telah terbukti menjadi sumber kesalahan pada pemeriksaan patologi anatomi (WHO, 2009).
- 4) Permasalahan berbagai peralatan. Koordinator harus mengkonfirmasi masalah peralatan diidentifikasi oleh tim.

- 5) Pada tahap akhir sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi dilakukan pemeriksaan keselamatan, tujuannya adalah saat pemindahan pasien dari ruang operasi diberikan informasi tentang kondisi pasien kepada perawat yang bertanggung jawab di ruang pemulihan (WHO, 2009).

## **B. Rekam Medis Elektronik**

### **1. Pengertian**

RME adalah penggunaan perangkat teknologi informasi untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan serta pengakses-an data yang tersimpan pada rekam medis pasien di rumah sakit dalam suatu sistem manajemen basis data yang menghimpun berbagai sumber data medis. Bahkan beberapa rumah sakit modern telah menggabungkan RME dengan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang merupakan aplikasi induk yang tidak hanya berisi RME tetapi sudah ditambah dengan fitur-fitur seperti administrasi, billing, dokumentasi keperawatan, pelaporan dan dashboard score card (Handiwidjojo, 2009).

RME juga dapat diartikan sebagai lingkungan aplikasi yang tersusun atas penyimpanan data klinis, sistem pendukung keputusan klinis, standarisasi istilah medis, entry data terkomputerisasi, serta dokumentasi medis dan farmasi. RME juga bermanfaat bagi paramedis untuk mendokumentasikan, memonitor, dan mengelola pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien di rumah sakit. Secara hukum data dalam RME merupakan rekaman legal dari pelayanan yang telah diberikan pada pasien

dan rumah sakit memiliki hak untuk menyimpan data tersebut. Menjadi tidak legal, bila oknum di rumah sakit menyalah gunakan data tersebut untuk kepentingan tertentu yang tidak berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien (Handiwijoyo, 2009).

## 2. Manfaat RME

Menurut Handiwidjojo 2009, mempertimbangkan berbagai keuntungan termasuk faktor cost and benefits dari penerapan RME di rumah sakit (pusat pelayanan kesehatan), maka penulis melihat paling ada tiga manfaat yang dapat diperoleh, masing-masing adalah:

### a. Manfaat Umum

RME akan meningkatkan profesionalisme dan kinerja manajemen rumah sakit. Para stakeholder seperti pasien akan menikmati kemudahan, kecepatan, dan kenyamanan pelayanan kesehatan. Bagi para dokter, RME memungkinkan diberlakukannya standard praktek kedokteran yang baik dan benar. Sementara bagi pengelola rumah sakit, RME menolong menghasilkan dokumentasi yang auditabel dan accountabel sehingga mendukung koordinasi antar bagian dalam rumah sakit. Disamping itu RME membuat setiap unit akan bekerja sesuai fungsi, tanggung jawab dan wewenangnya (Handiwidjojo 2009).

b. Manfaat Operasional

Manakala RME diimplementasikan paling tidak ada empat faktor operasional yang akan dirasakan, Faktor yang pertama adalah kecepatan penyelesaian pekerjaan-pekerjaan administrasi. Ketika dengan sistem manual pengerjaan penelusuran berkas sampai dengan pengembaliannya ketempat yang seharusnya pastilah memakan waktu, terlebih jika pasiennya cukup banyak. Kecepatan ini berdampak membuat efektifitas kerja meningkat. Yang kedua adalah faktor akurasi khususnya akurasi data, apabila dulu dengan sistem manual orang harus mencek satu demi satu berkas, namun sekarang dengan RME data pasien akan lebih tepat dan benar karena campur tangan manusia lebih sedikit, hal lain yang dapat dicegah adalah terjadinya duplikasi data untuk pasien yang sama. Misalnya, pasien yang sama diregistrasi 2 kali pada waktu yang berbeda, maka sistem akan menolaknya, RME akan memberikan peringatan jika tindakan yang sama untuk pasien yang sama dicatat 2 kali, hal ini menjaga agar data lebih akurat dan user lebih teliti. Ketiga adalah faktor efisiensi, karena kecepatan dan akurasi data meningkat, maka waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan administrasi berkurang jauh, sehingga karyawan dapat lebih fokus pada pekerjaan utamanya. Keempat adalah kemudahan pelaporan. Pekerjaan pelaporan adalah pekerjaan yang menyita waktu namun sangat penting. Dengan adanya RME, proses pelaporan tentang kondisi

kesehatan pasien dapat disajikan hanya memakan waktu dalam hitungan menit sehingga kita dapat lebih konsentrasi untuk menganalisa laporan tersebut (Handiwidjojo 2009).

c. Manfaat Organisasi

RME mensyaratkan kedisiplinan dalam pemasukan data, baik ketepatan waktu maupun kebenaran data, maka budaya kerja yang sebelumnya menanggukkan hal-hal seperti itu, menjadi berubah. Seringkali data RME diperlukan juga oleh unit layanan yang lain. Misal resep obat yang ditulis di RME akan sangat dibutuhkan oleh bagian obat, sementara semua tindakan yang dilakukan yang ada di RME juga diperlukan oleh bagian keuangan untuk menghitung besarnya biaya pengobatan. Jadi RME menciptakan koordinasi antar unit semakin meningkat. Seringkali orang menyatakan bahwa dengan adanya komputerisasi biaya administrasi meningkat. Padahal dalam jangka panjang yang terjadi adalah sebaliknya, jika dengan sistem manual kita harus membuat laporan lebih dulu di atas kertas, baru kemudian dianalisa, maka dengan RME analisa cukup dilakukan di layar komputer, dan jika sudah benar baru datanya dicetak. Hal ini menjadi penghematan biaya yang cukup signifikan dalam jangka panjang (Handiwidjojo 2009).

### 3. Langkah-langkah Pembuatan Sistem RME

Belum semua rumah sakit di Indonesia menggunakan sistem RME. Perancangan dan penerapan yang terstruktur, menyeluruh, dan dilakukan secara hati-hati adalah kunci dalam merancang RME. Lima hal yang harus diperhatikan terkait dengan pembuatan dan penerapan rekam medis elektronik adalah sebagai berikut:

#### a. Hubungan dokter-pasien

RME bertujuan untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan. Klinisi harus mampu menggunakan RME sedemikian rupa sehingga tidak mengganggu interaksi dengan pasien yang dapat menyebabkan gangguan pelayanan bahkan keselamatan pasien, serta dibutuhkan kerja yang sistematis dan terintegrasi (Gunawan & Christianto, 2020).

#### b. Privasi, rahasia, dan keamanan

Prinsip dasar rekam medis haruslah bersifat menjaga privasi, rahasia, dan aman (privacy, confidentiality, and security) baik dalam bentuk kertas maupun dalam bentuk elektronik. Oleh sebab itu, rekam medis harus dirancang sedemikian rupa sehingga ketiga aspek ini senantiasa terjamin. Seperti halnya rekam medis konvensional, hanya pihak berwenang saja yang boleh masuk dan menggunakannya. Pasien perlu pula mengetahui dan memahami sistem RME. Untuk itu, perlu penjelasan yang memadai tentang sistem ini sehingga disetujui oleh pasien untuk dilaksanakan bersama-sama. Persetujuan ini dapat dilakukan secara lisan maupun tertulis, tergantung kebutuhan. Pihak

penyedia layanan kesehatan perlu membuat pedoman teknis pelaksanaan untuk menjamin terjaganya keamanan, kerahasiaan, dan privasi RME (Gunawan & Christianto, 2020).

c. Budaya penerapan RME

Perlu dipertimbangkan apakah para pihak yang terkait dapat beradaptasi dengan cara kerja RME karena adanya isu generation gap dan gagap teknologi. Dalam proses pendidikan sebelumnya, tenaga medis telah terbiasa menggunakan rekam medis kertas. Jika terjadi perubahan, yaitu penerapan RME, “budaya” baru ini perlu dipahami dan diterima oleh seluruh pihak yang terkait dengan penggunaan RME tersebut. Mungkin perlu jangka waktu tertentu untuk pelatihan dan penyesuaian budaya (Gunawan & Christianto, 2020).

d. Keselamatan pasien

Perlu dipertimbangkan apakah penggunaan RME akan meningkatkan keselamatan pasien atau malah mengganggu dalam tindakan menyelamatkan pasien. Oleh sebab itu, perlu kepastian bahwa pihak yang terlibat dalam menggunakan RME, terutama dokter dan perawat, telah terampil menggunakannya (Gunawan & Christianto, 2020).

e. Penggunaan RME untuk kepentingan lain

Selain untuk pencatatan, RMKE juga bisa digunakan untuk kepentingan lain seperti pendidikan, penelitian, dan peradilan. Untuk kepentingan lain ini perlu dibuat peraturan khusus terkait dengan penggunaan RMKE (Gunawan & Christianto, 2020).

### C. Landasan Teori

*Surgical Safety Checklist* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical Safety Checklist* merupakan alat komunikasi, mendorong *teamwork* untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional diruang operasi untuk meningkatkan kualitas dan menurunkan kematian serta komplikasi akibat pembedahan, dan memerlukan persamaan persepsi antara ahli bedah, anestesi dan perawat. *Patient safety* didalam kamar bedah dilaksanakan dengan menggunakan *Surgical Safety Checklist*. *Surgical Safety Checklist* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien *safety dan compliance* (2012) menyatakan bahwa *Surgical Safety Checklist* adalah instrumen komunikasi, untuk menjalankan kerjasama antar tim dalam mencapai keselamatan pasien diruang operasi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, instrumen ini juga digunakan untuk menurunkan kematian dan komplikasi akibat pembedahan serta terjadinya kejadian tidak di inginkan (Elrifda S, 2011).

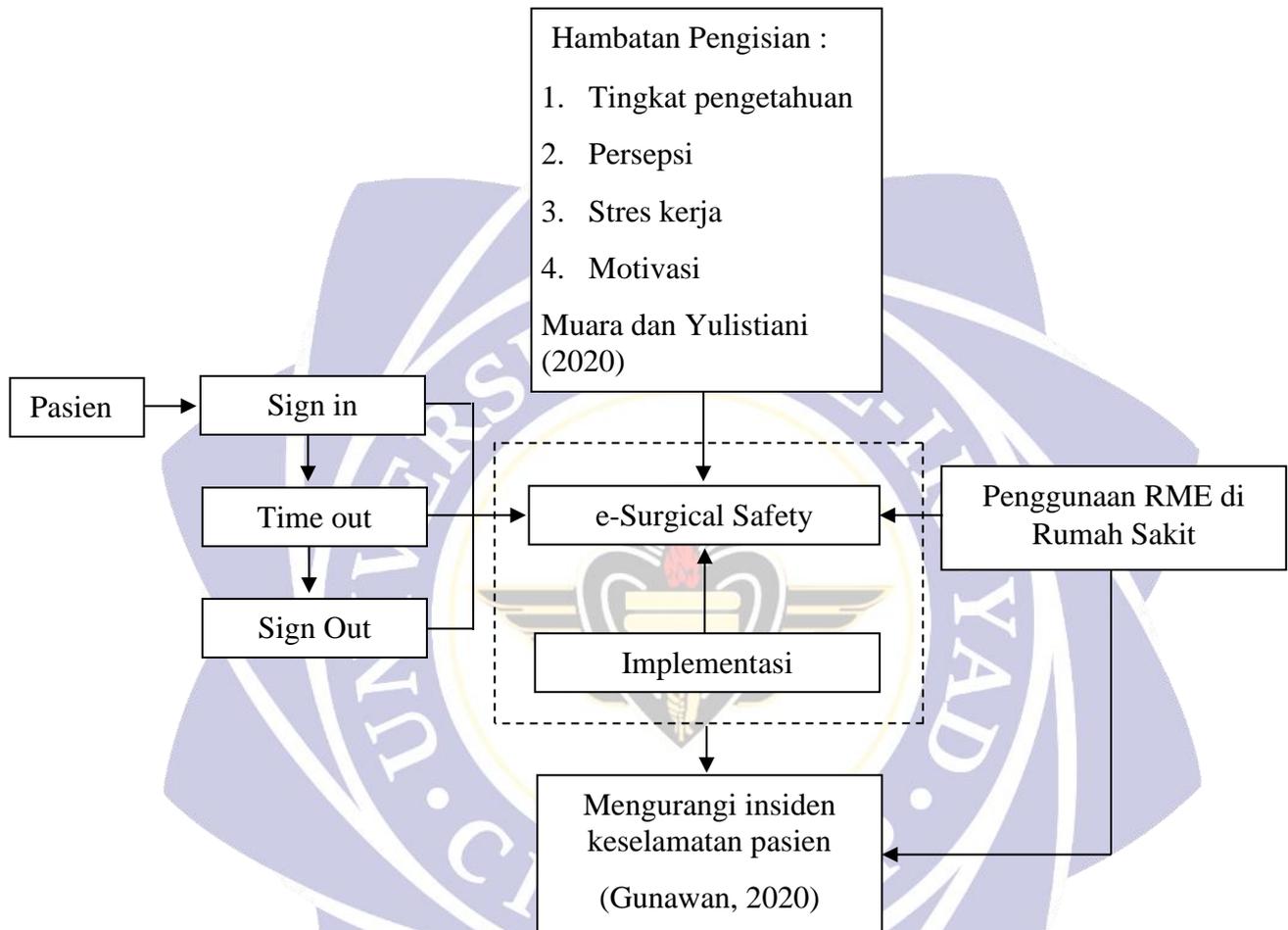
RME adalah penggunaan perangkat teknologi informasi untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan serta pengakses-an data yang tersimpan pada rekam medis pasien di rumah sakit dalam suatu sistem manajemen basis data yang menghimpun berbagai sumber data medis. RME juga dapat diartikan sebagai lingkungan aplikasi yang tersusun atas penyimpanan data klinis, sistem pendukung keputusan klinis, standarisasi

istilah medis, entry data terkomputerisasi, serta dokumentasi medis dan farmasi. RME juga bermanfaat bagi paramedis untuk mendokumentasikan, memonitor, dan mengelola pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien di rumah sakit (Handiwijoyo, 2009).

Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas saat ini telah menyelenggarakan rekam medis elektronik termasuk didalamnya elektronik *surgical safety checklist*. Beragam persepsi dari pengguna berdampak pada implementasi elektronik *surgical safety checklist* tersebut. Evaluasi dari implementasi pendokumentasian elektronik *surgical safety checklist* perlu dilakukan untuk mengoptimalkan kebermanfaatannya.



### D. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori