

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2007), keselamatan pasien adalah bebas, bagi pasien, dari harm/cedera (penyakit, cedera fisik, psikologis, sosial, penderitaan, cacat, kematian, dan lain – lain) yang tidak seharusnya terjadi atau cedera yang potensial, terkait dengan pelayanan kesehatan. Sedangkan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: asesmen risiko; identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien; pelaporan dan analisis insiden; kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi sosial untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Adapun tujuan keselamatan pasien sesuai dengan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) (2006) adalah:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun ini mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA*, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakit di Indonesia (Depkes RI, 2006).

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar (Depkes RI) (2006) yaitu :

1. Hak pasien.
2. Mendidik pasien dan keluarga.
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus mendesign (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan

perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien (Depkes RI, 2006).

Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan "Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit". Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah – langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan. Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik rumah sakit dapat menambah penggunaan metoda – metoda lainnya. Adapun tujuh langkah tersebut adalah (Depkes RI, 2006):

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
2. Pimpin dan dukung staf anda, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit anda.

3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
4. Kembangkan sistem pelaporan, pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
7. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, gunakan informasi yang ada tentang kejadian / masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Menurut Barach dan Donald (2004) pergerakan keselamatan pasien dapat dilakukan dengan berbagai cara meliputi pengertian kesalahan dalam pelayanan kesehatan, reformasi malpraktik, menciptakan sistem pelaporan insiden, pelatihan dan stimulasi tim, pengetahuan mengenai sisi prosedur yang salah dan merancang kurikulum keselamatan pasien untuk pelayanan kesehatan. Beberapa intervensi lainnya untuk meningkatkan keselamatan pasien khususnya dalam *surgical safety* telah dikenal seperti penambahan pengecekan untuk konfirmasi prosedur dan kebijakan – kebijakan baru untuk

kamar operasi, bahkan banyak rumah sakit melakukan investasi di program pembelajaran (*training*) untuk staf mereka (Makary *et al*, 2006).

B. *Surgical Safety Guideline*

Kerangka kerja yang dibuat untuk keamanan pelayanan intra operasi di rumah sakit meliputi rangkaian rutin kejadian evaluasi pasien pre operasi, persiapan dan intervensi pembedahan untuk kesesuaian pelayanan post operasi, dimana masing – masing mempunyai risiko khusus yang dapat dikurangi seperti yang terlihat pada tabel 2.1. Pada fase pre operasi, perolehan persetujuan tindakan medik, konfirmasi identitas pasien dan lokasi yang akan dioperasi serta prosedur yang akan dilakukan, memeriksa integritas mesin anastesi dan ketersediaan obat – obatan emergensi dan persiapan adekuat terhadap kejadian intra operasi yang berisiko. Selama pembedahan, penggunaan antibiotik yang sesuai, ketersediaan pencitraan yang diperlukan, pengawasan pasien yang sesuai, tim kerja yang efisien, keputusan operator dan anastesi yang berkompeten, teknik pembedahan yang cermat dan komunikasi yang baik antara operator, ahli anastesi dan perawat semuanya dibutuhkan untuk memastikan hasil yang baik. Setelah operasi, perencanaan pelayanan yang jelas, mengerti terhadap kejadian intra operasi dan komitmen terhadap kualitas pengawasan yang tinggi akan meningkatkan sistem pembedahan, dengan demikian dapat menciptakan keselamatan pasien dan meningkatkan *outcome*. Selain itu, perlu juga diketahui mengenai pencahayaan yang kuat dan sterilisasi alat – alat. Pada akhirnya, *surgical*

safety membutuhkan jaminan mutu dan pengawasan (World Alliance for Patient Safety, 2008c).

Walaupun sumber daya manusia merupakan hal yang vital bagi pelayanan kesehatan yang aman, peningkatan akan membutuhkan investasi pendidikan, infrastruktur dan pelatihan. Tim kerja, anastesi yang aman dan pencegahan infeksi lokasi pembedahan merupakan hal yang fundamental untuk meningkatkan *surgical safety* (World Alliance for Patient Safety, 2008c).

Tabel 2.1. Hal Fundamental untuk Meningkatkan *Surgical safety*

Pencegahan Infeksi di Lokasi Pembedahan	Anastesi yang Aman	Tim Pembedahan yang Aman
Cuci tangan	Kehadiran anastesi	Peningkatan komunikasi
Antibiotik yang sesuai	Pemeriksaan mesin dan obat anastesi	Pasien, prosedur, lokasi pembedahan telah benar
Persiapan antiseptik kulit	Monitor <i>Pulse Oximetry</i> dan denyut jantung	Persetujuan tindakan medik
Pelayanan luka atraumatik	Monitor tekanan darah	Ketersediaan semua anggota tim
Dekontaminasi dan sterilitas instrumen	Monitor suhu	Persiapan tim adekuat dan perencanaan prosedur
		Konfirmasi alergi pasien

Sumber: WHO

Pelayanan pembedahan merupakan pelayanan yang kompleks dan meliputi banyak langkah – langkah yang harus dioptimalkan pada setiap pasien. Untuk meminimalisasi komplikasi yang serius dan kematian, maka tim operasi harus mempunyai 10 dasar tujuan esensial pada setiap kasus pembedahan yang mendukung *surgical safety guideline* WHO. Untuk pelaksanaan praktis maka diklasifikasikan ke dalam tiga kategori: “*Highly*

Recommended": harus ada di setiap pembedahan, "*Recommended*": dianjurkan ada di setiap pembedahan dan "*Suggested*": dipertimbangkan di setiap pembedahan (World Alliance for Patient Safety, 2008).

Adapun 10 dasar tersebut, antara lain:

1. Tim akan beroperasi pada pasien yang benar dan lokasi yang benar.

Highly Recommended: sebelum induksi anastesi, seorang anggota tim harus mengkonfirmasi bahwa pasien telah benar diidentifikasi, biasa secara verbal kepada pasien atau keluarga pasien dan dengan identifikasi gelang atau indentifikasi fisik yang lain yang sesuai. Identitas yang harus dikonfirmasi tidak hanya nama, tapi juga tanggal lahir, alamat, nomor rekam medis. Selain itu, tim juga harus mengkonfirmasi apakah pasien telah diberikan persetujuan tindakan medik untuk prosedur yang akan dilakukan dan mengkonfirmasi lokasi dan prosedur sesuai terhadap pasien tersebut. Operator melakukan penandaan pada lokasi pembedahan terutama pada kasus dengan struktur yang multipel (misalnya jari, kulit, vertebra, dan lain – lain). Ahli anastesi dan perawat harus memeriksa apakah lokasi yang ditandai tersebut telah benar dan menyesuaikan dengan rekam medisnya. Tanda yang diberikan tidak boleh ambigu, misalnya dengan menandai dengan tanda "x", yang dapat berarti tidak boleh diinsisi atau merupakan tempat yang harusnya dibedah. Terakhir, tim operasi secara bersama – sama memverifikasi pasien, lokasi dan prosedur selama *time out* atau penghentian sementara sebelum insisi kulit. Operator harus mengucapkan dengan kata keras nama pasien, operasi yang akan dilakukan

dan sisi atau lokasi pembedahan. Perawat dan ahli anastesi harus mengkonfirmasi apakah informasi tersebut benar.

2. Tim akan menggunakan metode yang diketahui untuk mencegah cedera dari pemberian anastesi, termasuk melindungi pasien dari nyeri.

Highly Recommended: komponen pertama dan yang paling penting dari pelayanan peri-anastesi adalah kewaspadaan dan ahli anastesi yang profesional. Penambahan oksigen harus disediakan untuk semua pasien yang menjalani anastesi. Oksigenasi jaringan dan perfusi harus dimonitor berkesinambungan menggunakan pulse oxymeter dengan suara yang cukup keras terdengar di seluruh kamar operasi. Jalan nafas yang adekuat dan ventilasi harus dimonitor dengan observasi dan auskultasi. Sirkulasi harus dimonitor secara berkesinambungan dengan auskultasi atau palpasi denyut jantung atau dengan menunjukkan denyut jantung di monitor jantung atau pulse oxymeter. Tekanan darah arteri harus ditentukan minimal setiap lima menit dan lebih sering sesuai indikasi. Rata – rata pengukuran suhu tubuh harus disediakan dan digunakan interval sesuai dengan indikasi klinis. Kedalaman anastesi (derajat kesadaran) harus dinilai secara teratur dengan observasi klinis.

Recommended: konsentrasi oksigen inspirasi harus dimonitor seluruhnya dengan alarm konsentrasi oksigen rendah. Sebagai tambahan, peralatan untuk mengatasi hipoksia dan suplai oksigen yang gagal juga harus menggunakan alarm. Pengukuran terus – menerus dan *display* karbon dioksida kadaluarsa dan konsentrasi (capnography) harus

digunakan untuk mengkonfirmasi penempatan yang tepat dari selang intubasi dan juga ventilasi yang adekuat. Konsentrasi agen inhalasi harus diukur secara berkesinambungan. Elektrokardiografi harus digunakan untuk memonitor denyut jantung dan irama jantung. Tersedianya defibrilator dan suhu tubuh harus diukur terus – menerus dengan pengukuran suhu elektronik. Stimulasi syaraf perifer harus digunakan untuk menilai status paralisis ketika diberikan obat penghambat neuromuskular.

3. Tim akan mengenali dan mengadakan persiapan efektif untuk ancaman jalan nafas atau fungsi respirasi.

Highly Recommended: semua pasien harus dievaluasi jalan nafasnya secara obyektif sebelum induksi anastesi, bahkan ketika tidak diperlukan intubasi guna mengidentifikasi kesulitan dalam manajemen jalan nafas. Ahli anastesi harus mempunyai rencana strategi untuk menangani jalan nafas dan menyiapkan untuk menjalankannya meskipun ketiadaan jalan nafas tidak mungkin terjadi. Ketika ahli anastesi mencurigai jalan nafas yang sulit, bantuan selama induksi harus segera tersedia. Ketika pasien diketahui mempunyai jalan nafas yang sulit, alternatif metode anastesi harus dipertimbangkan, termasuk anastesi regional atau intubasi sadar di bawah anastesi lokal. Semua ahli anastesi harus menjaga keterampilan manajemen jalan nafas dan familiar dengan berbagai strategi untuk menangani kesulitan jalan nafas. Setelah intubasi, ahli anastesi harus selalu mengkonfirmasi penempatan selang endotrakeal

dengan mendengar suara nafas di lambung dan mengawasi oksigenasi pasien dengan pulse oxymeter. Pasien yang menjalankan pembedahan elektif harus dipuaskan terlebih dahulu sebelum anastesi untuk menghindari aspirasi dari lambung.

Recommended: ahli anastesi harus mengkonfirmasi penempatan endotrakeal setelah intubasi dengan capnography. Hasil dari evaluasi jalan nafas dan deskripsi kemudahan atau kesulitan intubasi harus direkam dalam catatan anastesi.

4. Tim akan mengenali dan mengadakan persiapan efektif terhadap risiko tinggi kehilangan darah.

Highly Recommended: sebelum induksi anastesi, ahli anastesi harus mempertimbangkan kemungkinan kehilangan sejumlah darah dan jika termasuk risiko yang signifikan, maka harus dilakukan persiapan yang sesuai. Jika risiko tidak diketahui, ahli anastesi harus mengkomunikasikan dengan operator mengenai kejadian yang mungkin terjadi. Sebelum insisi kulit, tim harus berdiskusi mengenai risiko kehilangan darah dan jika bermakna, pastikan bahwa akses intravena tersedia.

Recommended: seorang anggota tim harus mengkonfirmasi ketersediaan darah jika diperlukan untuk pembedahan

5. Tim akan menghindari stimulasi alergi dan reaksi efek samping obat – obatan pada pasien yang telah diketahui mempunyai risiko yang signifikan.

Highly Recommended: ahli anastesi harus sepenuhnya mengerti farmakologi obat yang diresepkan dan diberikan, termasuk toksisitasnya. Setiap pasien yang akan diberikan obat harus diidentifikasi secara jelas dan eksplisit oleh orang yang memberikan obat. Riwayat obat – obatan lengkap, termasuk informasi alergi dan reaksi hipersensitifitas lainnya harus diketahui sebelum pemberian obat – obatan.

Recommended: pengobatan harus diorganisir secara sistematis untuk memastikan posisi ampul dan syring obat – obatan konsisten pada tempatnya, pisahkan obat – obat yang berbahaya dengan obat lainnya yang mirip. Label ampul dan syring harus dapat dibaca dan terdapat informasi standar seperti konsentrasi, tanggal kadaluarsa, dan lain – lain. Kemasan yang sama di antara obat – obatan sebaiknya dihindarkan jika memungkinkan. Kesalahan pemberian intravena selama anastesi harus dilaporkan dan ditinjau kembali.

Suggested: obat – obatan dengan kelas yang sama harus diberi kode warna yang berbeda sesuai dengan sistem yang diketahui oleh semua anggota tim operasi.

6. Tim akan secara konsisten menggunakan metode yang diketahui untuk meminimalisasi risiko infeksi pada lokasi pembedahan.

Highly Recommended: antibiotik profilaksis harus digunakan secara rutin pada semua kasus pembedahan baik yang sehat maupun yang terkontaminasi. Ketika antibiotik diberikan secara profilaksis untuk mencegah infeksi, maka harus diberikan 1 jam sebelum insisi dengan dosis

tunggal dengan spektrum antimikroba yang efektif dalam melawan kuman patogen yang biasa mengkontaminasi prosedur. Sebelum insisi kulit, tim harus mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit yang lalu. Setiap fasilitas harus disterilisasi secara rutin. Sebelum induksi anestesi, perawat atau individu lain yang bertanggung jawab dalam penyiapan alat – alat pembedahan harus mengkonfirmasi sterilitas alat dan mengkomunikasikan masalah yang ada dengan operator dan ahli anestesi. Dosis ulang antibiotik profilaksis harus dipertimbangkan jika prosedur pembedahan berlangsung lebih dari 4 jam atau jika terdapat perdarahan intra operasi yang banyak. Antibiotik yang digunakan untuk profilaksis harus dihentikan 24 jam setelah prosedur. Rambut tidak harus diangkat kecuali kalau tercampur dalam lokasi operasi. Jika rambut ingin disingkirkan, maka harus dijepit dua jam sebelum operasi. Mencukur tidak direkomendasikan karena meningkatkan risiko infeksi di tempat operasi. Pasien pembedahan harus menerima oksigen selama periode peri operasi sesuai dengan kebutuhan. Pengukuran untuk menjaga normothermia harus dilaksanakan pada periode peri operasi. Kulit semua pasien pembedahan harus disiapkan dengan agen antiseptik yang sesuai sebelum pembedahan. Agen antimikrobia harus dipilih yang mampu menurunkan jumlah mikroba kulit secara cepat dan efeknya bertahan selama operasi. Antiseptik tangan operator harus dipastikan dengan sabun antimikroba. Tangan dan lengan atas harus digosok selama 2 – 5 menit. Jika tangan telah bersih secara fisik, maka agen antiseptik dengan bahan dasar alkohol

digunakan untuk antiseptik. Tim operasi harus menutup rambut mereka dan menggunakan baju panjang dan sarung tangan steril selama operasi.

Recommended: jika rambut diangkat, penggunaan obat penghilang rambut diminimalkan. Rokok yang digunakan harus diberhentikan minimal 30 hari sebelum pembedahan elektif jika memungkinkan. Pasien pembedahan harus mandi dengan sabun antiseptik. Infeksi sebelumnya harus dihilangkan sebelum jadwal operasi. Tim operasi harus menggunakan masker selama operasi. Tirai pembedahan efektif ketika basah yang digunakan sebagai batas steril. penutup steril harus dipertahankan pada luka operasi selama 24 – 48 jam. Surveilans aktif untuk infeksi lokasi pembedahan harus dilakukan secara prospektif.

Suggested: fraksi inspirasi oksigen yang tinggi (8%) harus diberikan selama operasi dan tambahan oksigen harus diberikan minimal dua jam post operasi. Pompa udara tekanan positif harus dipertahankan di kamar operasi. Ruangan operasi harus dibersihkan setelah kasus kotor atau infeksi dan setiap akhir pembedahan setiap harinya. Tim pembedahan harus diberikan edukasi mengenai pencegahan infeksi dan dikontrol setiap tahunnya.

7. Tim akan mencegah ketinggalan instrumen dan kasa pada luka pembedahan.

Highly Recommended: jumlah kasa, jarum, pisau, alat – alat dan barang – barang lain yang cenderung dapat tertinggal dalam ruang tubuh harus dilihat ketika dimasukkan ke ruang peritoneal, retroperitoneal, pelvis

atau torakal. Operator harus melakukan metode eksplorasi luka sebelum menutup setiap ruang anatomi atau lokasi operasi. Penghitungan jumlah peralatan yang mungkin dapat tertinggal dilakukan minimal saat dimulai dan terakhir pembedahan.

Suggested: validasi, sistem penghitungan kasa otomatis seperti *barcode* atau kasa yang dilabeli radio dapat digunakan.

8. Tim akan mengamankan dan secara akurat mengidentifikasi semua spesimen pembedahan.

Highly Recommended: tim harus mengkonfirmasi semua spesimen pembedahan telah dilabeli dengan benar dengan identitas pasien, nama spesimen dan asal lokasi spesimen dan meminta persetujuan verbal dari yang lain.

9. Tim akan berkomunikasi secara efektif.

Highly Recommended: sebelum insisi kulit, operator harus memastikan bahwa anggota tim, perawat, ahli anastesi dan asisten pembedahan memperhatikan langkah – langkah penting prosedur yang akan dilakukan, risiko kehilangan darah masif, berbagai peralatan yang diperlukan dan hal lain yang tidak rutin dilakukan. Perawat harus menginformasikan anggota tim tentang keamanan yang perlu diperhatikan dan kurangnya ketersediaan atau persiapan berbagai peralatan khusus. Ahli anastesi harus menginformasikan kepada tim mengenai keamanan yang perlu diperhatikan seperti kesulitan dalam persiapan resusitasi setelah kehilangan darah masif atau keadaan komorbid pasien yang berisiko

terhadap prosedur anastesi. Pada kasus bilateral, bagian tubuh multipel (misalnya: jari tangan dan kaki, spinal) maka tim harus mengkonfirmasi mengenai kebutuhan pencitraan dan diletakkan di kamar operasi. Sebelum pasien meninggalkan ruangan, operator harus menginformasikan anggota – anggota tim berbagai pergantian yang dibuat pada prosedur yang akan dijalankan, berbagai masalah yang mungkin terjadi setelah post operasi dan rencana esensial post operasi (misalnya antibiotik, profilaksis tromboemboli vena, *intake* oral atau perawatan luka maupun *drain*). Ahli anastesi merangkum kondisi klinis pasien selama operasi dan instruksi lainnya yang diperlukan untuk memastikan keamanan pemulihan. Perawat harus memberitahukan tim mengenai tambahan perhatian yang harus ada selama operasi atau masa pemulihan.

Keakuratan, kelengkapan rekam medis pembedahan harus dijaga.

Semua rekam medis pasien harus:

- a. Jelas. Pasien secara jelas diidentifikasi nama dan nomor rekam medis pada setiap halaman, ditulis secara jelas dan waktu serta tanggal saat masuk.
- b. Obyektif. Pendapat harus berdasarkan fakta – fakta.
- c. Kontemporer. Catatan harus ditulis segera mungkin setelah kejadian
- d. Original. Rekam medis tidak boleh berubah atau rusak. Jika ada kesalahan atau koreksi harus ditambahkan dan harus ditandatangani dan diberi tanggal dan ditulis sebuah catatan yang menjelaskan perubahan yang dibuat.

Informasi yang direkam oleh operator dalam catatan pembedahan minimal nama prosedur utama yang dilakukan dan prosedur sekunder, nama dari asisten, rincian prosedur dan jumlah darah yang hilang selama operasi. Informasi yang direkam oleh ahli anastesi harus meliputi minimal tanda vital intra operasi, medikasi, dan cairan yang diberikan intra operasi dan kejadian intra operasi lain atau selama pasien instabilitas. Informasi yang direkam oleh perawat minimal harus mencakup jumlah kasa, jarum, pisau dan instrumen lainnya, nama dan posisi personel yang menghitung. Jika tidak dilakukan penghitungan maka ditulis alasannya.

10. Rumah sakit dan sistem kesehatan masyarakat akan secara rutin membuat surveilans mengenai kapasitas pembedahan, jumlah dan hasil.

Highly Recommended: pada tingkat nasional, data yang dikumpulkan harus sistematis: jumlah kamar operasi, jumlah prosedur pembedahan yang dilakukan di kamar operasi, jumlah operator terlatih dan ahli anastesi terlatih, angka mortalitas di hari pembedahan dan post operasi (rawat inap). Pada tingkat rumah sakit dan praktisi, data harus dikumpulkan secara sistematis oleh fasilitas dan klinisi: angka mortalitas di hari pembedahan dan post operasi (rawat inap).

Recommended: data harus dikumpulkan secara sistematis berupa jumlah kamar operasi berdasarkan lokasi (rawat inap dan rawat jalan), umum atau pribadi; jumlah operator terlatih berdasarkan spesialis (bedah umum, kebidanan dan ginekologi, bedah saraf, ahli mata, ahli telinga hidung tenggorkan, ahli bedah tulang dan urologi); jumlah

penyedia pembedahan lain (residen, pegawai medis, dokter muda); jumlah ahli anastesi terlatih (ahli anastesi, perawat anastesi, pegawai anastesi); jumlah perawat peri operasi; jumlah prosedur pembedahan yang dilakukan di kamar operasi (emergensi atau elektif); proporsi kematian saat hari pembedahan dengan 10 besar prosedur tersering di negara; dan proporsi angka kematian rawat inap setelah prosedur pembedahan dengan 10 besar prosedur tersering di negara. Untuk surveilans yang lebih rinci di tingkat rumah sakit dan praktisi adalah data mengenai infeksi di lokasi pembedahan dan skor APGAR pembedahan.

Suggested: pengukuran *outcome* termasuk morbiditas dengan komplikasi tertentu dan survei klinis untuk *follow-up* dan deteksi komplikasi.

C. Surgical Safety Checklist

Program *The Surgical safety Saves Lives* yang dicanangkan oleh WHO bertujuan untuk meningkatkan *surgical safety* dan mengurangi jumlah kematian akibat pembedahan dan komplikasi dalam empat cara (World Alliance for For Patient Safety, 2009):

1. Memberikan klinisi, pengelola rumah sakit dan masyarakat umum informasi penting aturan dan pola *surgical safety* dalam kesehatan masyarakat.
2. Menetapkan pengukuran yang seragam minimal atau statistika vital pembedahan untuk surveilans nasional dan internasional pelayanan pembedahan.

3. Mengenalkan paket standar sederhana *surgical safety* yang dapat digunakan di semua negara dan di keadaan apapun dan dirangkum dalam sebuah *checklist surgical safety* untuk digunakan di kamar operasi.
4. Pengujian *checklist* dan survey alat – alat di tempat panduan di seluruh daerah WHO dan kemudian penyebaran *checklist* ke rumah sakit seluruh dunia

Program ini merancang *checklist* yang dapat digunakan oleh praktisi yang tertarik dalam promosi keselamatan pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan pembedahan. *Checklist* tersebut memperkuat dibuatnya praktik – praktik keselamatan dan memastikan kemanfaatan langkah – langkah pre operasi, intra operasi dan post operasi dilaksanakan dengan cara yang efisien dan tepat waktu. Banyak dari langkah – langkah telah diterima sebagai praktik rutin seluruh dunia. Tujuannya tidak hanya pada implementasi pola tunggal atau menciptakan sebuah alat peraturan, tetapi diharapkan dapat mengenalkan elemen keselamatan utama ke dalam rutinitas operasi dan tim dapat memaksimalkan kemungkinan hasil terbaik untuk semua pasien pembedahan tanpa menempatkan sebuah beban kepada sistem atau penyedia pelayanan (World Alliance for Patient Safety, 2008a).

Implementasi *checklist* ini selama pembedahan membutuhkan seseorang yang bertanggung jawab untuk memberi tanda di kotak yang disediakan di *checklist*, yang dapat dilakukan oleh perawat yang bersirkulasi, tetapi dapat juga dikerjakan oleh klinisi atau profesional pelayanan kesehatan yang

berpartisipasi dalam proses pembedahan. *Checklist* terdiri dari tiga fase: periode sebelum induksi anestesi (*sign in*), periode setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan (*time out*) dan periode selama atau segera setelah penutupan luka (*sign out*). Pada setiap fase, koordinator *checklist* harus minta ijin untuk konfirmasi bahwa tim telah melengkapi tugasnya sebelum proses selanjutnya. Setelah tim operasi menjadi familiar dengan *checklist*, maka mereka dapat mengintegrasikan pengecekan ke pola kerja mereka dan mengemukakan secara verbal penyelesaian setiap langkah tanpa intervensi eksplisit dari koordinator *checklist*. Setiap tim harus melihat kegunaan *checklist* itu sendiri ke dalam pekerjaan mereka dengan efisiensi yang maksimum dan minimum gangguan demi menyempurnakan langkah – langkah secara efektif (World Alliance for Patient Safety, 2008a).

1. *Sign in*

- a. Pasien telah mengkonfirmasi identitas, lokasi, prosedur dan persetujuan tindakan medis.

Koordinator secara verbal mengkonfirmasi dengan pasien mengenai identitas, tipe prosedur yang akan dijalani, lokasi pembedahan dan persetujuan tindakan medik telah diberikan. Saat hal ini terlihat seperti berulang – ulang, langkah ini sangat esensial untuk memastikan bahwa tim tidak akan mengoperasi pasien pada pasien yang salah, tempat yang salah, atau prosedur yang salah. Ketika konfirmasi oleh pasien tidak memungkinkan, seperti pasien anak – anak atau tidak berkapasitas, seorang penjaga atau keluarga dapat pula

dikonfirmasi. Jika penjaga atau keluarga tidak ada, maka langkah ini dapat dihapuskan, seperti kasus – kasus emergensi, maka kotak pada *checklist* tidak perlu diisi.

b. Penanda lokasi.

Koordinator *checklist* harus mengkonfirmasi bahwa operator telah menandai lokasi operasi pada kasus – kasus yang melibatkan sisi yang bersebelahan (perbedaan kanan dan kiri) atau struktur multipel (jari, lesi kulit, vertebra). Beberapa rumah sakit tidak memerlukan penanda lokasi karena jarang terjadi kesalahan lokasi pembedahan. Penanda lokasi ini harus konsisten dilakukan untuk *back-up* konfirmasi lokasi dan prosedur yang benar.

c. Pemeriksaan keamanan anastesi telah dilengkapi.

Koordinator melengkapi langkah ini dengan menanyakan kepada profesional anastesi untuk verifikasi penyelesaian pemeriksaan keamanan anastesi, seperti inspeksi peralatan anastesi, medikasi dan risiko pasien yang teranastesi sebelumnya. Untuk membantu mengingat hal tersebut, tim anastesi harus melengkapi ABCDEs (pemeriksaan *Airway Equipment*, *Breathing System* (termasuk oksigen dan agen inhalasi), *suCtion*, *Drugs* dan obat – obatan *Emergency* berfungsi dengan baik.

d. *Pulse Oxymeter* berfungsi pada pasien.

Koordinator *checklist* mengkonfirmasi bahwa *pulse oxymeter* telah diletakkan pada pasien dan berfungsi secara benar sebelum induksi

anastesi. Idealnya, pembacaan alat ini terlihat oleh tim operasi. Sistem suara harus digunakan yang memungkinkan untuk memperingati tim mengenai denyut nadi dan saturasi oksigen. Jika alat ini tidak berfungsi, maka operator dan profesional anastesi harus mengevaluasi kondisi pasien dan mempertimbangkan untuk menunda pembedahan sampai langkah – langkah sesuai diambil. Pada keadaan urgensi, untuk menyelamatkan hidup atau anggota tubuh, persyaratan ini dapat dilepaskan dan kotak pada *checklist* dikosongkan.

e. Apakah pasien mempunyai alergi yang diketahui?

Koordinator *checklist* harus menanyakan secara langsung pertanyaan ini dan dua pertanyaan berikutnya langsung ke profesional anastesi. Pertama, koordinator harus menanyakan apakah pasien mempunyai alergi yang diketahui dan jika ada, apa alergi tersebut. Jika koordinator mengetahui alergi pada pasien, tetapi profesional anastesi tidak mengetahuinya, maka koordinator harus mengkomunikasikannya dengan profesional anastesi.

f. Risiko aspirasi/kesulitan jalan nafas pasien.

Koordinator harus mengkonfirmasi secara verbal apakah tim anastesi telah secara obyektif menilai kesulitan jalan nafas pasien. Ini dapat dilakukan dengan beberapa cara: skor mallampati, *thyromental distance*, dan *Bellhouse-Doré score*. Evaluasi obyektif jalan nafas menggunakan metode yang valid lebih penting dibandingkan pemilihan metode itu sendiri. Jika evaluasi jalan nafas

mengindikasikan risiko tinggi jalan nafas (seperti skor mallampati 3 atau 4), tim anastesi harus menyiapkan untuk bahaya jalan nafas ini (misalnya dengan anastesi regional) dan mempunyai peralatan emergensi yang mudah dijangkau. Asisten yang mampu apakah profesional anastesi yang lain, operator, atau perawat harus secara fisik mau membantu induksi anastesi. Risiko aspirasi harus dievaluasi sebagai bagian dari penilaian jalan nafas. Jika pasien mempunyai refluks aktif simtomatik atau lambung penuh, profesional anastesi harus menyiapkan untuk kemungkinan aspirasi. Risiko dapat dikurangi dengan modifikasi rencana anastesi, misalnya menggunakan tehnik induksi cepat dan meminta bantuan asisten untuk menekan krikoid selama induksi. Pasien yang mengalami kesulitan jalan nafas atau risiko aspirasi, kotak pengisian *checklist* harus diberi tanda hanya jika profesional anastesi mempunyai peralatan yang adekuat dan asisten yang hadir saat itu.

g. Risiko kehilangan darah > 500 ml (7 ml/kg pada anak – anak)

Pada langkah ini, koordinator harus menanyakan kepada tim anastesi apakah pasien berisiko kehilangan lebih dari setengah liter darah selama pembedahan untuk memastikan pengenalan dan persiapan untuk kejadian kritis tersebut, dimana syok hipovolemi terjadi jika kehilangan darah >500 ml. Persiapan yang adekuat dan resusitasi dapat mengatasi masalah ini. Operator dapat tidak secara konsisten mengkomunikasikan risiko kehilangan darah besar kepada

anastesi atau perawat. Jika profesional anastesi tidak mengetahui risiko kehilangan darah, maka ia harus berdiskusi dengan operator mengenai hal tersebut sebelum induksi anastesi. Jika terdapat risiko kehilangan darah >500 ml, maka harus terpasang minimal dua jalur intravena atau kateter vena sentral. Tim harus mengkonfirmasi ketersediaan cairan dan darah untuk resusitasi.

2. *Time out*: adalah “*pause*” sementara oleh tim sebelum insisi kulit untuk konfirmasi beberapa pemeriksaan keamanan yang esensial yang melibatkan seluruh tim.
 - a. Semua anggota tim telah mengenalkan 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 di dalam ruangan untuk memperkenalkan nama dan peranannya. Tim yang sudah familiar satu sama lain mengkonfirmasi masing – masing orang yang telah dikenal, tetapi anggota baru atau staf yang dirotasi ke kamar operasi sejak operasi terakhir harus memperkenalkan diri, termasuk pelajar atau personel lain.

- b. Operator, profesional anastesi dan perawat secara verbal mengkonfirmasi pasien, lokasi dan prosedur.

Langkah ini merupakan standar *time out*. Sebelum operator melakukan insisi, koordinator atau anggota tim yang lain menanyakan setiap orang di kamar operasi untuk berhenti dan secara verbal mengkonfirmasi nama pasien, pembedahan yang akan dilakukan, lokasi pembedahan dan jika memungkinkan memposisikan pasien untuk mencegah kesalahan pasien atau lokasi. Sebagai contoh, perawat sirkulasi mengumumkan “Mari *time out*!” dan kemudian melanjutkan “apakah setiap orang setuju bahwa ini adalah pasien X, yang akan menjalani operasi hernia?”, kotak pengisian jangan diisi sebelum profesional anastesi, operator, dan perawat sirkulasi secara individual setuju. Jika pasien tidak disedasi, sangat berguna apabila pasien mengkonfirmasi hal yang sama.

c. Antisipasi kejadian kritis.

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* koordinator *checklist* memimpin diskusi singkat antara operator, staf anastesi dan staf perawat mengenai rencana bahaya dan operasi. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan sederhana kepada setiap anggota tim. Selama prosedur rutin, operator dapat menyatakan pernyataan sederhana, “Ini seperti kasus biasa dengan durasi X” dan kemudian menanyakan kepada profesional anastesi dan perawat jika mereka mempunyai pertimbangan tertentu.

- d. Tinjauan operator: apa langkah – langkah kritis/yang tidak diharapkan, dursai operasi, antisipasi kehilangan darah?

Diskusi mengenai langkah – langkah kritis atau yang tidak diharapkan minimal untuk menginformasikan anggota tim setiap langkah yang meletakkan pasien dalam bahaya kehilangan darah yang cepat, cedera atau morbiditas utama lainnya.

- e. Tinjauan tim anastesi: apakah pasien mempunyai pertimbangan khusus tertentu?

Pada pasien yang berisiko kehilangan darah banyak, ketidakstabilan hemodinamik atau morbiditas utama lainnya karena prosedur, seorang anggota tim anastesi harus mengutarakan rencana spesifik dan mempertimbangkan resusitasi. Pada ketiadaan risiko kritis yang harus dibagi dengan tim, profesional anastesi dapat mengatakan dengan sederhana, “Saya tidak mempunyai sesuatu pertimbangan yang khusus pada kasus ini”.

- f. Tinjauan tim perawat: apakah sterilitas telah dikonfirmasi? 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 dengan sederhana, “Sterilitas terjaga, saya tidak ada pemberitahuan yang lain”.

g. Pemberian antibiotik profilaksis pada 60 menit terakhir.

Koordinator akan menanyakan dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit yang lalu. Anggota tim bertanggung jawab untuk pemberian antibiotik (biasanya profesional anastesi) menjawab secara verbal. Jika antibiotik belum diberikan, maka antibiotik langsung diberikan sebelum insisi. Jika antibiotik telah diberikan lebih dari 60 menit yang lalu, maka tim harus mempertimbangkan pemberian ulang, kotak pengisian dikosongkan jika tidak diberikan antibiotik. Jika antibiotik tidak dipertimbangkan misalnya pada kasus tanpa insisi kulit, kasus kontaminasi dimana antibiotik digunakan sebagai terapi), maka kotak diisi pada kolom "tidak dapat diaplikasikan".

h. Penempatan pencitraan

Pencitraan penting untuk memastikan rencana yang sesuai dan melibatkan banyak operasi, termasuk bedah tulang, spinal dan prosedur torakal dan banyak reseksi tumor. Selama *time out*, koordinator harus menanyakan kepada operator apakah perlu pencitraan. Jika iya, maka koordinator harus mengkonfirmasi secara verbal mengenai pencitraan yang ada di ruangan dan selalu diletakkan selama operasi. Jika pencitraan diperlukan tetapi tidak dipasang, maka harus diambil. Operator akan memutuskan apakah proses dapat dilakukan tanpa pencitraan, jika iya maka kotak pengisian

dikosongkan. Jika tidak dibutuhkan, maka diisi pada kolom “tidak dapat diaplikasikan”

3. *Sign Out*. Fase ini harus dilengkapi sebelum pasien dipindahkan dari kamar operasi.
 - a. Perawat melakukan konfirmasi secara verbal dengan tim mengenai nama prosedur yang telah direkam. Sejak prosedur diubah atau diperluas selama operasi, koordinator *checklist* harus konfirmasi dengan operator dan tim mengenai prosedur yang dilakukan. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan, “Prosedur apa yang telah dilakukan?” atau “Apakah kita telah melakukan prosedur X?”
 - b. Kebenaran jumlah peralatan, kasa dan jarum. Perawat yang mencuci atau perawat sirkulasi harus mengkonfirmasi secara verbal kelengkapan kasa dan jarum. Pada kasus dengan pembukaan rongga tubuh, jumlah peralatan harus dikonfirmasi sampai lengkap. Jika jumlah tidak sesuai, tim harus memberi sinyal sehingga dapat dilakukan langkah – langkah yang sesuai (seperti pemeriksaan sampah, luka atau jika perlu dengan gambaran radiografi).
 - c. Label spesimen (termasuk nama pasien). Perawat sirkulasi harus mengkonfirmasi label yang benar dari berbagai spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membaca nama pasien, deskripsi spesimen dan tanda lainnya.
 - d. Permasalahan berbagai peralatan. Koordinator harus memastikan masalah peralatan diidentifikasi oleh tim.

e. Operator, profesional anatesi dan perawat meninjau perhatian utama untuk pemulihan manajemen pasien. Operator, profesional anatesi dan perawat harus meninjau pemulihan post operasi dan rencana manajemen, fokus pada masalah intra operasi atau anastesi yang berdampak pada pasien. Tujuan dari langkah ini adalah untuk menyampaikan informasi penting kepada seluruh tim.

Jika langkah terakhir ini telah selesai, maka *checklist* keselamatan telah lengkap. Jika berminat, *checklist* dapat ditempatkan di rekam medis pasien untuk tinjauan jaminan mutu.

D. Perilaku Kesehatan

1. Definisi Perilaku Kesehatan

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh – tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing – masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati secara langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007).

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan) dari luar. Skinner membedakan adanya dua respons (Notoatmodjo, 2007).

- a. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan – rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons – respons yang relatif tetap.
- b. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2007).

- a. Perilaku tertutup (*covert behaviour*). Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
- b. Perilaku terbuka (*overt behaviour*). Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah diamati atau dilihat orang lain.

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan (Notoatmodjo, 2007).

Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok (Notoatmodjo, 2007).

- a. Perilaku pemeliharaan kesehatan. Perilaku ini adalah perilaku atau usaha – usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek yaitu:
- b. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
- c. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan disini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.
- d. Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

- e. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan. Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati diri sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
- f. Perilaku kesehatan lingkungan. Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga atau masyarakatnya.

2. Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau ransangan dari luar, namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor – faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap – tiap orang berbeda. Faktor – faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku, yang dapat dibedakan menjadi dua, yakni (Notoatmodjo, 2007):

menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari – hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap suatu stimulus sosial. Newcomb, salah seorang ahli psikologis sosial, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka.

- c. Praktik atau tindakan. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu tindakan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

3. Perubahan Perilaku

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap (Notoatmodjo, 2007).

- a. Pengetahuan. Sebelum seseorang mengadopsi perilaku, ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya.
- b. Sikap. Sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek. Setelah seseorang mengetahui stimulus

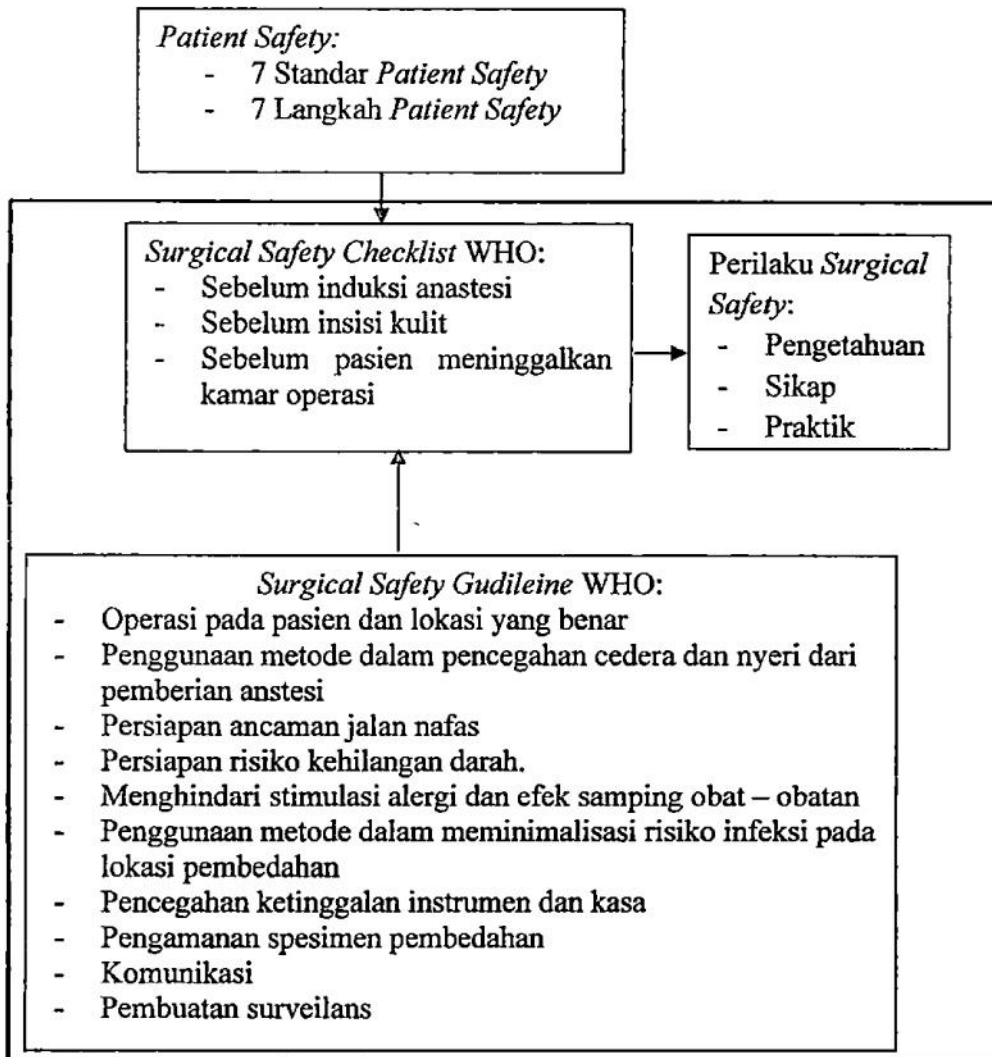
atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut.

- c. Praktik atau tindakan. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik kesehatan atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan

E. Landasan Teori

Dasar penelitian yang dilakukan adalah berdasarkan 10 dasar tujuan standar keselamatan pasien pembedahan dari WHO yang diklasifikasikan dalam standar sebelum pasien diinduksi anastesi, sebelum insisi kulit dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi yang tergabung dalam sebuah *surgical safety checklist*.

Pada dasarnya perilaku *surgical safety* terbentuk dengan melalui tiga tahapan, yaitu dimulai dari pengetahuan, sikap, dan tindakan yang terbentuk sehingga menghasilkan sebuah perubahan perilaku biasa menjadi perilaku *surgical safety*.



Ket: hal yang akan diteliti oleh peneliti

Gambar 2.1. Kerangka Konsep

F. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pelaksanaan *surgical safety* sebelum pasien diinduksi anastesi, sebelum pasien diinsisi kulit dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi?

2. Bagaimanakah hasil penerapan *surgical safety checklist* sebelum pasien diinduksi anastesi, sebelum pasien diinsisi kulit dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi?
3. Apa saja hambatan - hambatan dalam penerapan *surgical safety checklist* sebelum pasien diinduksi anastesi, sebelum pasien diinsisi kulit dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi?
4. Bagaimana strategi yang diperlukan untuk mengatasi hambatan penerapan *surgical safety checklist* sebelum pasien diinduksi anastesi, sebelum pasien diinsisi kulit dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi?