

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Patient Safety*

Patient safety adalah parameter yang sangat penting bagi rumah sakit. Bagian intiterkait keselamatan pasien di dalam rumah sakit adalah sebagai berikut: keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan tenaga kesehatan, keamanan gedung dan alat-alat di rumah sakit yang dapat menimbulkan dampak membahayakan pasien dan staf. Produktivitas lingkungan (*green productivity*) juga memiliki dampak pada kerusakan lingkungan dan kelancaran kegiatan rumah sakit dan keberlangsungan alur pelayanan rumah sakit. Perlu diperhatikan bahwa aktivitas di rumah sakit bisa berlangsung jika terdapat pasien. Oleh sebab itu, *patient safety* adalah pilihan utama yang harus dilaksanakan karena itu berhubungan dengan jaminan mutu serta nilai rumah sakit di mata masyarakat. (Depkes RI, 2008)

Keselamatan didefinisikan sebagai kebebasan dari kecelakaan, *sedangkan* Keselamatan *didefinisikan* hal utama jaminan mutu (Institute of Medicine). Istilah keselamatan ini adalah ungkapan dari

pandangan pasien (Kohn, *et al*, 2000). *Patient safety* adalah suatu bentuk preventi cedera yang mungkin mengenai pasien (Hughes, 2008). Preventi cedera diartikan sebagai bebas dari potensi baik tidak sengaja *maupun bisadicegah* sebagai hasil perawatan medis. Praktik keselamatan pasien adalah penurunan resiko KTD (*adverse event*) yang terkait oleh pajanan terhadap lingkup diagnose atau kondisi pelayanan kesehatan.

Patient safety merupakan kebebasan dari ancaman atau *potensi dari* resiko (*hazard*). Keselamatan pasien merupakan pasien yang terbebas dari *harm*/cedera yang tidak semestinya ada atau bebas dari *harm* yang berpotensi menyebabkan sakit, injury pada tubuh maupun psikis, cacat, mati dan sebagainya (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit/ KKP-RS (2008).

Disadur dari Permenkes RI No. 1691/ Menkes/ Per/ VIII/ 2011, *patient safety* di rumah sakit ialah sistem yang dibuat supaya rumah sakit mempunyai pelayanan perawatan pasien yang mengutamakan keamanan dan meliputi penilaian resiko, konfirmasi identitas & manajemen hal yang mempunyai hubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis kejadian, mampu mengevaluasi dan ambil tindakan dari insiden kemudian mengimplementasikan

penyelesaian masalah untuk mengurangi munculnya resiko sertaprevensi cedera akibat kesalahan supaya tidak terjadi akibat melakukan prosedur atau tidak ambil prosedur yang seharusnya diambil.

Harus diakui, pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan yang diucapkan Hippocrates kira-kira 2400 tahun yang lalu yaitu *Primum, non nocere (First, do no harm)*. Namun dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan-KTD (*Adverse Event*) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati karena di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi KTD (Depkes RI, 2008).

Kejadian pasien cedera ataubisa disebut sebagai insiden tidak di inginkan yaitu tiap kejadian baik tidak disengaja dan kondisi yang menyebabkan atau mempunyai potensi menimbulkan cedera dan sebenarnya bisa dicegah pada pasien, dapat dibagi menjadi 2 yaitu

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Diharapkan, atau disebut *Adverse Event* merupakan kejadian yang menyebabkan cedera pada pasien. Kejadian Nyaris Cedera, atau disebut *Near Miss Incident* merupakan kejadian yang belum terjadi karena belum terpapar pada pasien. Ada satu lagi yaitu Kejadian Tidak Cedera atau disingkat KTC merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, namun tidak timbul cedera. Kondisi Potensial Cedera, atau disebut KPC merupakan kondisi yang potensial untuk menyebabkan cedera, namun belum terjadi insiden. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (Permenkes Nomor 1691/ Menkes/ Per/ VIII/ 2011).

2. Kepatuhan

Kepatuhan adalah taat atau tidak taat pada instruksi, kesepakatan, maupun tingkat kedisiplinan. Afek yang berubah dari perilaku individual di mulai dari tahap kepatuhan, identifikasi dan internalisasi. *Compliance* dibentuk oleh masing masing perorangan dari mematuhi instruksi atau nasihat secara terpaksa karena takut dihukum atau sanksi. Tahap identifikasi merupakan tingkat patuh disebabkan merasa diawasi, sehingga mengukur tingkat patuh ini dapat melalui

identifikasi, namun bersifat sementara dan dapat menjadi tidak patuh kembali jika sudah tak diawasi. Tahap internalisasi yaitu tahap seseorang bertindak suatu hal disebabkan pemahaman arti, tahu akan urgensi tindakan untuk menggunakan *surgical safety checklist* secara baik. Dapat disimpulkan kepatuhan bisa dilakukan pengukuran dari individu yang mematuhi atau menaati karena telah mengerti nilai suatu ketentuan yang berlaku. Sikap yang berubah dan individu dapat dimulai dari kepatuhan mengenai norma internal atau institusi, seringkali memperoleh imbalan atau janji jika menurut anjuran atau pedoman (Kelman, 1986). Penelitian sebelumnya menunjukkan kepatuhan menghasilkan perilaku yang berubah dan bersifat *transient*, dan individu sangat mungkin untuk kembali ke pada sudut pandang atau perilaku awal bila tidak diawasi oleh kelompok yang mengendur atau bila pindah dari kelompok lain. (Smet, 2004).

Cialdini dan Martin (2004) menyatakan ada 6 prinsip dasar dalam compliance. Beberapa poin pentingnya adalah komitmen, hubungan sosial, kelangkaan, *reciprocity*, *validasi sosial*, dan *auotoritas*. Prinsip-prinsip komitmen atau konsistensi, ketika kita sudah melakukan peningkatan pada diri di suatu posisi atau tindakan,

kita akan lebih mudah memenuhi perintah akan suatu hal yang konsisten dengan posisi atau tindakan sebelumnya. Dalam prinsip hubungan *social* atau rasa suka, kita cenderung lebih mudah memenuhi permintaan teman atau orang yang kita sukai daripada permintaan teman atau orang yang tidak kita kenal, atau kita benci. Dalam prinsip kelangkaan, objek yang langka dan terbatas dapat dihargai dan lebih aman..Oleh sebab itu, kita cenderung memenuhi permintaan yang menekankan kelangkaan daripada yang tidak.Prinsip timbal balik ini, kita lebih gampangmenyanggupi permintaan dari seorang yang sebelumnya memberipertolongan pada kita. Dalam prinsip validasi sosial, kita lebih mudah menyanggupi permintaan untuk menolongbila kita berkonsisten terhadapapa yang kita percayakan, yaitu bahwa orang lain akan melaksanakannya juga. Kita ingin berperilaku betul dan bersikap seperti orang lain. Dalam prinsip otoritas, kita lebih mudah menyanggupi permintaan orang lain yang memiliki otoritas yang diakui, atau setidaknya tampak memiliki otoritas.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Milgram (1963) terdapat beberapa factor yang mempengaruhi kepatuhan yaitu:

- a. Status lokasi, dimana semakin penting lokasi tempat diberikan instrumen maka semakin tinggi pula tingkat kepatuhan. Hal ini menunjukkan bahwa prestise meningkatkan kepatuhan
- b. Tanggung jawab personal, dimana semakin besarnya tanggung jawabpersonal maka tingkat kepatuhan akan meningkat.
- c. Legitimasi dari *figure otoritas*. Legitimasi dalam hal ini dapat diartikan seberapa jauh masyarakat mau menerima dan mengakui kewenangan, keputusan, atau kebijakan yang diambil oleh seorang pemimpin. Menurut Milgram, sekelompok orang cenderung untuk memenuhi perintah dari orang lain jika mereka mengenal otoritas mereka dengan baik secara moral maupun hukum yang berlaku dalam berbagai situasi
- d. Status dari *figure otoritas*. Pada saat melakukan penelitian, Milgram mengenakan mantel laboratorium yang dapat memberikan status tinggi dan berakibat dalam peningkatan kepatuhan dari subjek yang diteliti, namun ketika ia melakukan pakaian sehari-hari kepatuhan menjadi berkurang. Sehingga ia menyimpulkan bahwa status dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan.

- e. Dukungan rekan, dimana jika seseorang memiliki dukungan social dari teman mereka untuk tidak jatuh, maka ketaatan mungkin akan berkurang juga kehadiran orang lain yang terlihat tidak memenuhi figure otoritas mengurangi tingkat ketaatan.
- f. Kedekatan dengan *figure* otoritas, dimana semakin dekat jarak instruksi dari sosok otoritas, maka tingkat kepatuhan semakin tinggi.

Dalam hal kepatuhan Carpenito (2000) berpendapat bahwa faktor faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah segala sesuatu yang dapat mempengaruhi positif sehingga penderita tidak mampu lagi mempertahankan kepatuhannya, sampai menjadi kurang patuh dan tidak patuh. Adapun yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya:

- a. Pemahaman tentang instruksi. Tidak seorangpun mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan kepadanya. Lebih dari 60% responden yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka
- b. Tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan

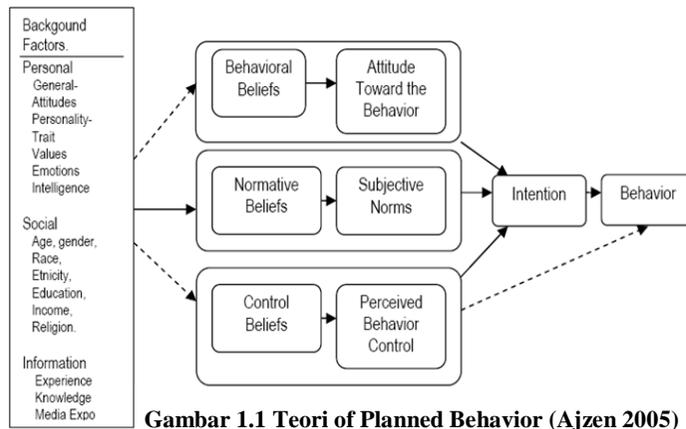
pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri, lewat tahapan-tahapan tertentu semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mental nya bertambah baik, akan tetapi pada umur umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan *factor* umur akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yang akan mengalami puncak pada umur umur tertentu dan akan menurun kemampuan penerimaan atau mengingat seiring dengan usia semakin lanjut. Hal ini menunjang dengan adanya tiingkat pendidikan yang rendah.

- c. Keyakinan, sikap dan kepribadian. Kepribadian antara orang yang patuh denga orang yang gagal, orang yang tidak patuh adalah ornag yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan memiliki kehidupan *social* yang lebih ditandai dengan kurangnya penguasaan terhadap lingkungannya. Variabel-variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan ketidakpatuhan.
- d. Dukungan *social*. Dukungan *social* dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga atau teman merupakan *factor* penting dalam kepatuhan

Fishbein dan Ajzen (2005) menyatakan bahwa niat seseorang untuk melaksanakan suatu tingkah laku menimbulkan konsekuensi terlaksananya atau tidak terbentuknya tindakan atau tidak melakukan perilaku tertentu ditentukan oleh dua faktor, yaitu terkecuali efek terhadap perilaku. Sikap ini adalah perwujudan dari pertimbangan manfaat dan kerugian dari perilaku tersebut (*outcome of the behavior*). Penentu yang kedua terkait dengan pengaruh sosial yaitu norma subjektif. Norma subjektif mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggapnya penting (*referent person*) dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut.

Theory of Planned Behavior menunjukkan bahwa individu bias melakukan tindakan oleh karena intensi atau niatnya hanya bila dia punya kendali terhadap perilakunya (Ajzen, 2002). Teori ini tidak hanya menekankan pada hal yang rasional dari tingkah laku individu, namun juga tergantung keyakinan bahwa target tingkah laku ada di bawah kendali kesadaran manusia itu atau suatu tingkah laku tidak hanya bergantung pada intensi seseorang, melainkan juga pada faktor lain yang tidak ada dibawah kontrol dari individu, misalnya

ketersediaan sumber dan kesempatan untuk menampilkan tingkah laku tersebut (Ajzen, 2005).



Gambar 1.1 Teori of Planned Behavior (Ajzen 2005)

Model teoritik dari *Teori Planned Behavior* (Perilaku yang direncanakan) mengandung berbagai variabel yaitu :

1. Latar belakang (*background factors*)

Seperti usia, jenis kelamin, suku, status sosial ekonomi, suasana hati, sifat kepribadian, dan pengetahuan) mempengaruhi sikap dan perilaku individu terhadap sesuatu hal. Faktor latar belakang pada dasarnya adalah sifat yang hadir di dalam diri seseorang, yang dalam model Kurt Lewin dikategorikan ke dalam aspek O (*organism*). Dalam kategori ini Ajzen (2005), memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial, dan informasi. Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*),

emosi, dan kecerdasan yang dimilikinya. Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan, dan ekspose pada media.

2. Keyakinan perilaku (*behavioral belief*)

Hal-hal yang diyakini oleh individu mengenai sebuah perilaku dari segi positif dan negatif, sikap terhadap perilaku atau kecenderungan untuk bereaksi secara afektif terhadap suatu perilaku, dalam bentuk suka atau tidak suka pada perilaku tersebut.

3. Keyakinan normatif (*normative beliefs*)

Berkaitan langsung dengan pengaruh lingkungan yang secara tegas dikemukakan oleh Lewin dalam *Field Theory*. Pendapat Lewin ini digaris bawahi juga oleh Ajzen melalui *perceived behavioral control*. Menurut Ajzen (2005), faktor lingkungan sosial khususnya orang-orang yang berpengaruh bagi kehidupan individu (*significant others*) dapat mempengaruhi keputusan individu.

4. Norma subjektif (*subjective norm*)

Sejauh mana seseorang memiliki motivasi untuk mengikuti pandangan orang terhadap perilaku yang akan dilakukannya

(*Normative Belief*). Kalau individu merasa itu adalah hak pribadinya untuk menentukan apa yang akan dia lakukan, bukan ditentukan oleh orang lain disekitarnya, maka dia akan mengabaikan pandangan orang tentang perilaku yang akan dilakukannya. Fishbein dan Ajzen (1975), menggunakan istilah "*motivation to comply*" untuk menggambarkan fenomena ini, yaitu apakah individu mematuhi pandangan orang lain yang berpengaruh dalam hidupnya atau tidak.

5. Keyakinan dari dalam diri individu bahwa suatu perilaku yang dilaksanakan (*control beliefs*) dapat diperoleh dari berbagai hal, pertama adalah pengalaman melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau pengalaman yang diperoleh karena melihat orang lain misalnya, teman, keluarga dekat dalam melaksanakan perilaku itu sehingga ia memiliki keyakinan bahwa ia pun akan dapat melaksanakannya. Selain pengetahuan, ketrampilan, dan pengalaman, keyakinan individu mengenai suatu perilaku akan dapat dilaksanakan ditentukan juga oleh ketersediaan waktu untuk melaksanakan perilaku tersebut, tersedianya fasilitas untuk melaksanakannya, dan memiliki kemampuan untuk mengatasi

setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku (van Schoten, 2014).

6. Persepsi kemampuan mengontrol tingkah laku (*perceived behavioral control*).

Keyakinan (*beliefs*) bahwa individu pernah melaksanakan atau tidak pernah melaksanakan perilaku tertentu, individu memiliki fasilitas dan waktu untuk melakukan perilaku itu, kemudian individu melakukan estimasi atas kemampuan dirinya apakah dia punya kemampuan atau tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan perilaku tersebut. Ajzen (2005) menamakan kondisi ini dengan “persepsi kemampuan mengontrol” (*perceivedbehavioral control*).

3. *Surgical Patient Safety Checklist*

a. *Pengertian Surgical Safety Checklist*

Surgical Safety Checklist adalah sebuah daftar pemeriksaan untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical Safety Checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi (Gillespie dan Marshall, 2015)

b. Manfaat *Surgical Safety Checklist*

- 1) *Surgical Safety Checklist* disusun untuk membantu tim bedah untuk mengurangi angka kejadian yang tidak diharapkan (KTD).

Banyaknya kejadian tidak diinginkan (KTD) yang terjadi akibat pembedahan mengakibatkan WHO membuat program surgical safety checklist untuk mengurangi kejadian tidak diinginkan (KTD). Dalam praktiknya surgical safety checklist bermanfaat untuk mengurangi angka kematian dan komplikasi, beberapa penelitian menunjukkan angka kematian dan komplikasi berkurang setelah digunakan *surgical safety checklist*. Penelitian Haynes menunjukkan angka kematian berkurang dari 1,5% menjadi 0,8% dan angka komplikasi berkurang dari 11% menjadi 7,0% (Haynes, *et al.* 2009). Penelitian Latonsky menghasilkan hal yang serupa bahwa jika *Surgical Safety Checklist* dilaksanakan secara konsisten maka angka kematian mengalami penurunan dari 1,5% menjadi 0,8% dan angka komplikasi turun dari 11% menjadi 7% (Latonsky, *et al.*, 2010).

- 2) Menurunkan *surgical site infection* dan mengurangi risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml.

Penelitian Weiser menunjukkan angka infeksi luka operasi (ILO) mengalami penurunan setelah dilakukan penelitian dengan menggunakan SSCL. 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).

- 3) Menurunkan proporsi pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit.
- 4) Fungsi yang paling umum adalah menyediakan informasi yang detail mengenai kasus yang sedang dikerjakan, konfirmasi detail, penyuaan fokus diskusi dan kemudian pembentukan tim (Depkes RI, 2006).
- 5) 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 (Depkes RI, 2008).

4. Pelaksanaan *Surgical Patient Safety*

Surgical safety checklist di kamar operasi digunakan melalui 3 tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktu yaitu sebelum induksi

anestesi (*sign in*).Sebelum insisi kulit (*time out*) dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*sign out*) (Haynes, *et al.* 2009).

Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* memerlukan seorang koordinator yang bertanggung jawab untuk memeriksa *checklist*.Koordinator biasanya seorang perawat, dokter atau profesional kesehatan lainnya yang terlibat dalam operasi.*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.

Fase *Sign In* sebelum induksi anestesi koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan oksimeter pulse pada pasien berfungsi. Koordinator dengan profesional anestesi mengkonfirmasi

resiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi.

Fase *Time Out* setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik *profilaksis* telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.

Fase *Sign Out* tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian *label* pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah akhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (Surgery & Lives, 2008).

a. Sebelum induksi anastesi (*sign in*)

Sebelum pasien masuk didalam kamar operasi, perawat melakukan sign in. Rincian untuk stiap langkah - langkah *surgical patient safety* adalah sebagai berikut:

- 1) 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.
- 2) Sisi yang akan dioperasi sudah ditandai
Menurut Clarke, *et al* (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi kesalahan operasi salah sisi teletak pada tahap *sign in*, untuk itu tahapan ini harus konsisten dijelaskan.
- 3) Obat dan mesin anastesi telah diperiksa secara lengkap
Dokter anastesi sebelum melakukan induksi anastesi memeriksa peralatan anastesi, oksigen, dan inhalasi serta memeriksa ketersediaan obat dan resiko anastesi terhadap setiap kasus.
- 4) Pulse Oksimetri pada pasien berfungsi
Dokter anastesi memasang peralatan oksimetri pada pasein dan berfungsi dengan benar sebelum induksi anstesni dan indikatornya dapat diliat pada layar monitoring oleh seluruh tim operasi. Pulse oksimetri merupakan alat noninvasif yang berguna untuk memberikan perkiraan kejenuhan oksihemoglobin arteri (SaO₂) dengan memanfaatkan panjang

gelombang cahaya untuk menentukan saturasi oksihemoglobin (SpO₂) 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. Menurut Andeas (2010) dengan melakukan pengawasan rutin pasien pascaoperasi dengan menggunakan oksimetri dapat mencegah kematian.

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 anastesi akan melakukan visit ke bangsal untuk melakukan anastesi dan pemeriksaan fisik diagnostik. Dari hasil tersebut, dokter anastesi akan mengetahui adanya riwayat alergi terhadap pasien, sehingga dapat mengantisipasi untuk mencegah komplikasi obat-obatan anastesi.

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 anastesi. Dari hasil tersebut, dokter anastesi akan mengetahui adanya kesulitan pernafasan terhadap pasien. Jika ada kesulitan jalan nafas, dokter anastesi akan menulis distatus sehingga pada tahapan sign in timoperasi dapat mengetahuinya sehingga dapat mengantisipasi pemakaian jenis anastesi yang digunakan.

Resiko aspirasi juga harus dievaluasi sebagai bagian dari penelitian jalan nafas, untuk mengantisipasi resiko aspirasi pasien di suruh puasa 6 jam sebelum operasi. Beberapa keadaan paru yang dapat menyebabkan kesulitan bernafas seperti emfisema, bronchitis kronik, pneumonia dan edema paru

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

Pasien yang mempunyai resiko perdarahan lebih dari 500ml akan dipersiapkan dari sehari sebelum dilakukan operasi. Dokter anastesi akan mempersiapkan langkah langkah diruang operasi dengan memakai infuse 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.

b. Sebelum insisi kulit (*time out*)

Tindakan hening sejenak dengan melakukan doa bersama dilakukan semua anggota tim bedah sebelum membuat insisi

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 diruangan 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.

2) Operator, professional anastesi dan perawat secara verbal mengkonfirmasi identitas pasien, lokasi dan prosedur

Langkah ini merupakan standar *time out*. Sebelum operator melakukan insisi, koordinator atau anggota tim yang lain menanyakan setiap orang dikamar 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.

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 menanyakan pernyataan sederhana, “ Ini seperti kasus biasa dengan durasi X” dan kemudian menanyakan kepada professional anestesi dan perawat jika mereka mempunyai pertimbangan tertentu.

- 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 meletakkan pasien dalam bahaya kehilangan darah yang cepat, cedera atau morbiditas utama lainnya.

- 5) Tinjauan tim anestesi: apakah pasien mempunyai pertimbangan khusus tertentu

Pada pasien yang beresiko kehilangan darah, ketidak stabilan 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”

- 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”

- 7) Apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 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.

- 8) Penempatan pencitraan

Pencitraan penting untuk memastikan rencana yang sesuai dan melibatkan banyak operasi, termasuk beda tulang, spinal, prosedur thorakal dan banyak reseksi tumor. Selain *time out*

koordinator harus menanyakan kepada operator apakah perlu pencitraan. Jika iya, koordinator harus mengkonfirmasi secara verbal mengenai pencitraan yang ada di ruangan dan selalu diletakan selama operasi. Jika pencitraan dilakukan tetapi tidak dipasang, maka harus diambil. Operator harus memutuskan apakah proses dapat dilakukan tanpa pencitraan, jika iya maka kotak pengisian dikosongkan. Jika tidak dibutuhkan, maka diisikan pada kolom “ tidak dapat diaplikasikan”

c. Sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*sign out*)

1) Perawat melakukan konfirmasi secara verbal dengan tim mengenai nama prosedur yang telah di rekam. Sejak prosedur di ubah 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 dimana perhitungan pertama (sebelum operasi) dan tambahan selama operasi dilakukan. Perawat memberitahukan secara lisan kepada tim mengenai kelengkapan instrument.

3) Jika ada spesimen harus dilakukan pelabelan

Perawat atau dokter bedah membuat label yang benar dari setiap spesimen patologis 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.

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.

5. Instalasi Bedah Sentral PKU Muhammadiyah Bantul

Instalasi Bedah Sentral (IBS) PKU Muhammadiyah Bantul terdiri dari 3 kamar operasi. Jenis operasi yang dilakukan di IBS umumnya adalah jenis operasi yang elektif atau terencana. Instalasi bedah Sentral PKU Muhammadiyah Bantul sudah mempunyai standar operasional prosedur *patient safety* seperti serah terima pasien praoperasi, dan identifikasi pasien, sedangkan untuk penerapan surgical safety checklist sudah berjalan dua tahun. Operasi bedah sentral dari tahun 2014-2015 sebanyak 2.994 tindakan, dengan rata-rata setiap bulannya sebanyak 250 tindakan.

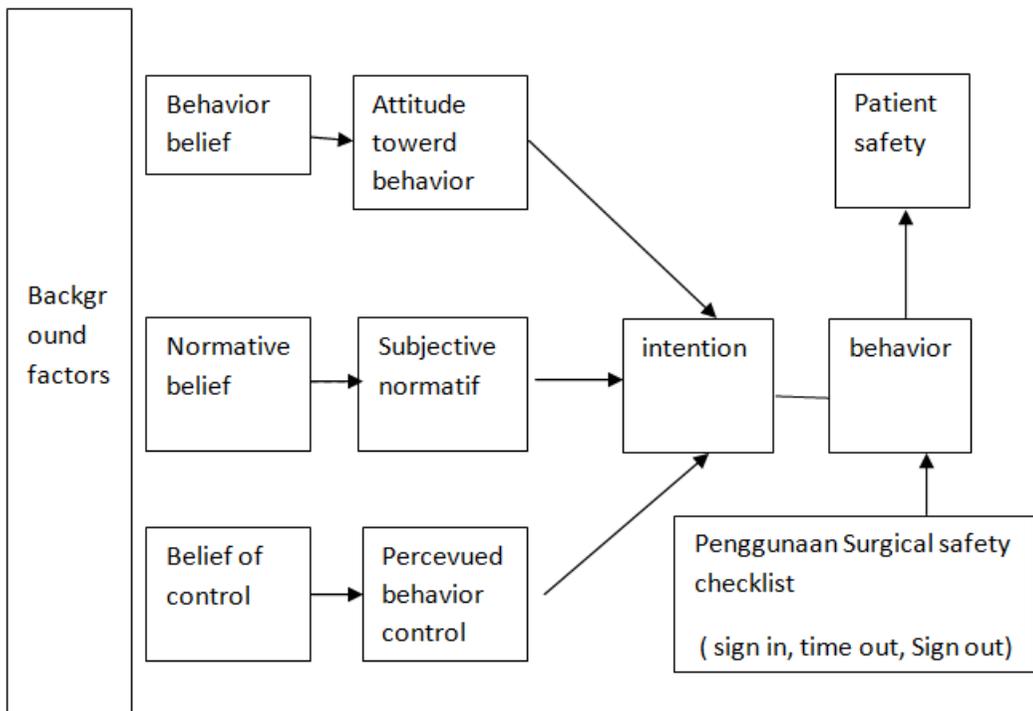
B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

Penulis,tahun	Tujuan	Lokasi	Rancangan penelitian	Sampel	Hasil penelitian
Haynes <i>et al.</i> 2009	Mengukur hubungan impelemntasi SSC dengan penurunan kematian dan komplikasi pembedahan	Rs dari 8 kota di dunia: Amman, New delhi, Seattle, Ifakara,Manila,Tor onto, London, Auckland (8RS)	Studi Prospektif dan Pasca SSC. Pengamatan sampai discharge atau 30 hari pasca pembedahan	Pasien operasi non kardiak diatas 16 tahun. Pasien pre intervensi 3733 dan 3933 pasien setelah intervensi	Angka kematian menurun dari 1,5% menjadi 0,8%. Komplikasi menurun dari 11% menjadi 7% ada hubungan antara Implementasi SSCL dengan penurunan angka kematian dan komplikasi pembedahan
Merina, 2011	Mengetahui Kesesuaian tindakan pembedahan dengan SSC pada bedah tumor dan abdomen	RSUD meuraxa, Aceh	<i>Obesevasional cross sectional</i>	Semua pasien bedah tumor dan abdomen (60 pasien)	Pemberian dan waktu peberian antitibiotik profilaksis pada pembedahan signifikan dengan kejadian ILO. Angka ILO 20%
Siagian,	Mencari	RSUP Sardjito	Prospektif	Semua pasien	<i>Surgical Patient safety</i>

2011	hubungan antara <i>surgical patient safety</i> yang mempengaruhi adverse event pasca operasi bedah digestif	Yogyakarta	longitudinal	bedah digestif di IBS RSUP Dr. Sardjito(44 pasien)	yang tidak berkonsisten pelaksanaannya berhubungna dengan adverse event pasca pembedahan
Vries <i>et al</i> 2010	Mengukur hubungan implementasi the <i>surgical patient safety system</i> (SURPASS) dengan angka komplikasi dan kematian	Rumah sakit di Belanda	Eksperimena, Prospektif analisis regresi logistik. Pengamatan Komplikasi diukur sampai <i>discarger</i>	Pasien dewasa dengan tindakan pembedahan 3760 pasien sebelum dan 3820 pasien setelah intervensi	Komplikasi pembedahan menurun dari 27,3% menjadi 16,7%. Angka kematian menurun dari 1,5 menjadi 0,8%

C. Kerangka Teori



Gambar 3.1 Kerangka Teori

D. Landasan Teori

Kepatuhan merupakan ketaatan atau ketidak taatan pada perintah aturan dan disiplin. Perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dari tahap kepatuhan, identifikasi, kemudian internalisasi. Menurut Notoadmodjo (2003) ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku manusia

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) mencakup pengetahuan, pengalaman, umur, jenis kelamin, sikap, dan sebagainya.

2. Faktor pemungkin (*enabling factor*) mencakup lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas atau sarana, pelatihan dan sebagainya.
3. Faktor penguat (*reinforcing factor*) faktor-faktor ini meliputi undang-undang, peraturan-peraturan, pengawasan dan sebagainya.

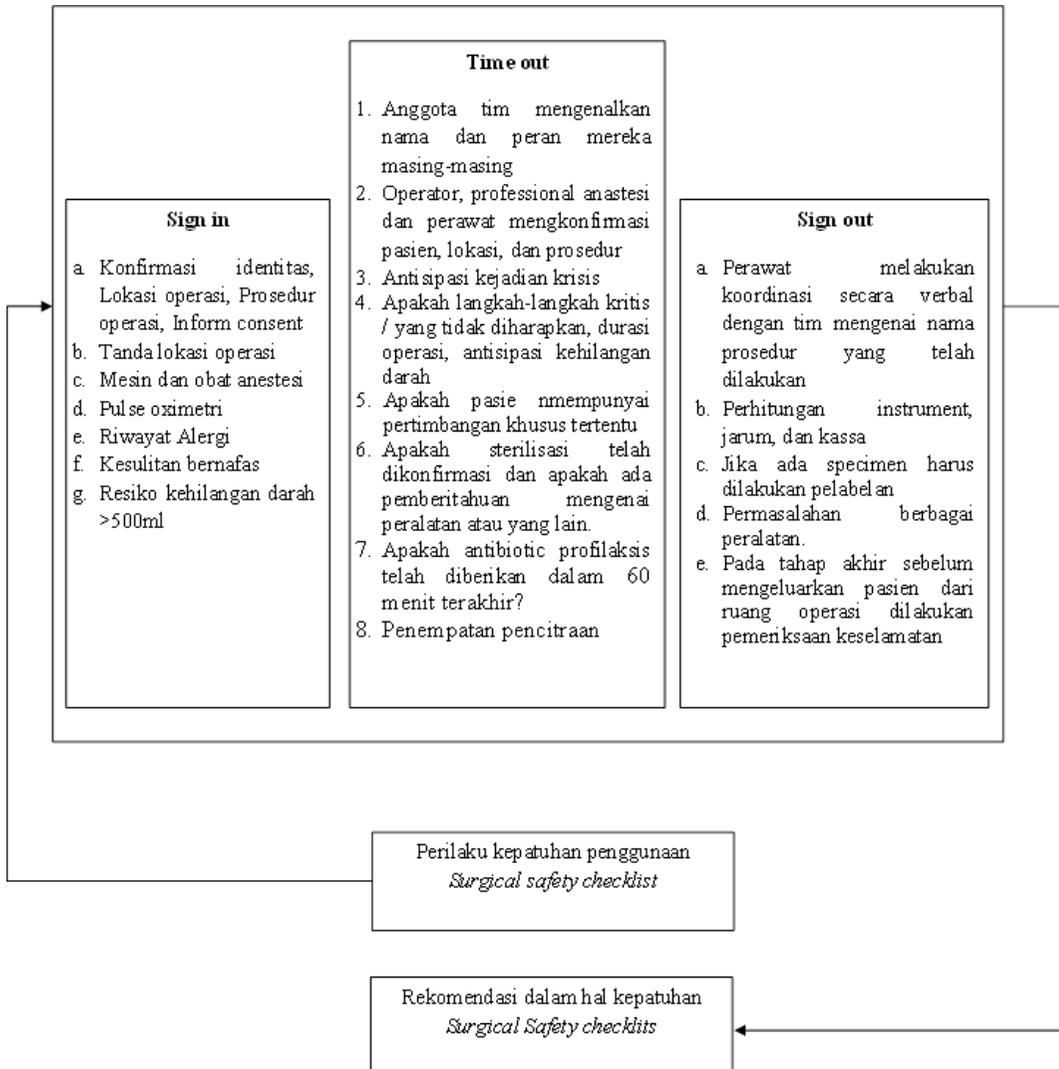
Sedangkan menurut Cialdini dan Martini (2004) terdapat enam prinsip dasar dalam hal kepatuhan, hal-hal tersebut yakni komitmen, hubungan social, kelangkaan, resiprositasi, validasi social, dan otoritas.

Surgical Safety Checklist WHO yang dibagi dalam tiga tahap sesuai dengan waktunya, sebelum dilakukan induksi anastesi (*Sign in*), setelah di induksi dan sebelum dilakukan sayatan bedah (*Time out*), dan periode selama atau segera setelah penutupan luka dan sebelum mengeluarkan pasiendari ruang operasi (*Sign out*).

Tujuan utama dari *Surgical Safety Checklist* untuk menurunkan KTD dikamar operasi dan dalam prakteknya juga digunakan untuk memperkuat atau membina kerjasama dan komunikasi yang lebih baik diantara tim operasi, membantu memastikan setiap langkah yang ada telah dijalankan secara konsisten sehingga meminimalkan dan menghindari resiko cedera terhadap pasien

E. Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian, dan uraian pada bab sebelumnya, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.2 Kerangka Konsep