

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 KONSEP KEPATUHAN**

#### **2.1.1 Pengertian**

Kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan (patuh berarti suka menurut terhadap perintah, dan terhadap aturan, berdisiplin) (Hoettomo, 2005). Kepatuhan (compliance), juga dikenal sebagai ketaatan (Adherence) adalah derajat dimana seseorang mengikuti anjuran peraturan yang ada (Kaplan dan Sadock, 2005). Berdasarkan definisi tersebut, jelas bahwa yang dimaksud kepatuhan adalah tingkat ketaatan seseorang untuk mengikuti/tidak mengikuti aturan, anjuran ataupun nasihat yang diberikan.

Kepatuhan merupakan modal dasar seseorang berperilaku. Dalam Sarwono (2003) dijelaskan bahwa perubahan sikap dan perilaku individu diawali dengan proses patuh, identifikasi dan tahap terakhir berupa internalisasi. Pada awalnya individu mematuhi anjuran / instruksi tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman/sanksi jika dia tidak patuh, atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan jika dia mematuhi anjuran tersebut, tahap ini disebut tahap kepatuhan (compliance). Biasanya perubahan yang terjadi pada tahap ini sifatnya sementara, artinya bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan. Tetapi begitu pengawasan itu mengendur, perilaku itu pun ditinggalkan.

#### **2.1.2 Faktor –faktor yang memengaruhi kepatuhan**

Perilaku manusia termasuk perilaku kepatuhan sangat dipengaruhi dan ditentukan oleh faktor-faktor predisposisi (predisposing factors), faktor pendukung (enabling factors) dan faktor pendorong (reinforcing factors)

##### **a. Faktor predisposisi**

Faktor predisposisi merupakan faktor yang menjadi dasar atau motivator untuk seseorang berperilaku atau dapat pula dikatakan sebagai faktor preferensi pribadi yang bersifat bawaan yang dapat mendukung ataupun menghambat seseorang untuk berperilaku tertentu. Terwujud dalam bentuk pengetahuan, nilai-nilai, kepercayaan, keyakinan, dan lain sebagainya.

#### 1) Pengetahuan

Merupakan hasil penginderaan manusia terhadap objek di luarnya melalui indera-indera yang dimiliki. Pada waktu penginderaan terjadi proses perhatian, persepsi, penghayatan dan sebagainya terhadap stimulus atau objek diluar subjek. Pengetahuan tersebut dapat diukur atau diobservasi melalui apa yang diketahui tentang objek. Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun hubungan positif keduanya telah diperlihatkan oleh banyak penelitian. Tingkat pengetahuan dapat dinilai dari tingkat penguasaan individu/seseorang terhadap suatu objek, pengetahuan digolongkan menjadi 3 kategori yaitu :

- a) Baik : 76-100 % jawaban benar
- b) Cukup : 56-75 % jawaban benar
- c) Kurang : < 56 % jawaban benar

#### 2) Sikap

Merupakan reaksi atau respon emosional seseorang terhadap stimulus atau objek diluarnya. Respon emosional ini lebih bersifat penilaian atau evaluasi pribadi terhadap stimulus atau objek diluarnya, penilaian ini dapat dilanjutkan dengan kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Oleh sebab itu sikap terhadap sesuatu tidak selalu berakhir dengan perilaku yang sesuai dengan sikap tersebut.

### 3) Tingkat Pendidikan

Pendidikan berpengaruh terhadap pola pikir individu. Sedangkan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang dengan kata lain pola pikir seseorang yang berpendidikan rendah akan berbeda dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan tinggi. Pendidikan keperawatan memiliki pengaruh besar terhadap kualitas pelayanan keperawatan (Asmadi, 2010). Pendidikan yang tinggi seseorang perawat akan memberi pelayanan yang optimal.

### 4) Umur

Umur berpengaruh terhadap pola pikir seseorang dan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Umur seseorang secara garis besar menjadi indikator dalam setiap mengambil keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya, dengan demikian banyak umur maka dalam menerima sebuah interupsi dan dalam melaksanakan dalam suatu prosedur akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman. Semakin cukup umur akan semakin matang dalam berpikir dan bertindak (Evin, 2009).

### 5) Masa Kerja

Menurut Balai Pustaka Departemen Pendidikan dan Kebudayaan (1991) masa kerja adalah (lama kerja) pengalaman individu yang akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan. Kreitner & Kinichi (2004) menyatakan bahwa masa kerja yang lama akan cenderung membuat seseorang betah dalam sebuah organisasi hal disebabkan karena telah beradaptasi dengan lingkungan yang cukup lama sehingga akan merasa nyaman dalam pekerjaannya.

#### b. Faktor pendukung

Faktor pendukung yaitu setiap karakteristik lingkungan yang memudahkan perilaku kesehatan dan keterampilan atau sumber daya yang diperlukan untuk

melaksanakan perilaku. Terwujud hal tersebut dapat dilihat dalam bentuk lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas. Dalam hal ini yang menjadi faktor pendukung adalah kesediaan sumber daya (fasilitas, alat/bahan) dan Standart operasional Prosedur (SOP).

- 1) Sumber daya, para ahli berpendapat bahwa kegagalan manager tingkat atas adalah kegagalan memberikan sumber daya yang diperlukan. Jika sumber daya tidak disediakan, maka persepsi di tingkat bawahan adalah bahwa kegiatan tersebut bukan merupakan prioritas bila dibandingkan dengan yang disediakan sumber daya (fasilitas). Sesuai dengan pendapat tersebut dapat dijelaskan bahwa sumber daya merupakan faktor yang perlu ada untuk melaksanakannya suatu perilaku. Fasilitas yang tersedia hendaknya dalam jumlah dan jenis yang memadai dan selalu dalam keadaan siap pakai. Tidak tersedianya fasilitas, peralatan ataupun bahan untuk menerapkan suatu pekerjaan sesuai SOP dapat mempersulit dan menimbulkan masalah dalam pelaksanaannya.
- 2) Standar, merupakan nilai ideal yang harus dicapai dalam suatu kegiatan atau produk. Karena nilai yang diinginkan adalah nilai ideal maka ukuran yang digunakan biasanya berupa nilai minimal dan nilai maksimal. Dengan demikian dapat diartikan, bahwa standar operasional prosedur merupakan tingkat ideal suatu kegiatan yang diinginkan dengan berpedoman pada prosedur yang telah ditetapkan. Ketersediaan SOP akan membantu petugas dalam upaya menjaga mutu pada tingkat ideal yang diinginkan dengan menerapkan langkah-langkah yang telah ditetapkan menggunakan fasilitas, peralatan bahan sesuai standar yang telah ditentukan.

c. Faktor Pendorong/Penguat

Faktor pendorong adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak.. Seseorang akan patuh bila masih dalam pengawasan atau bimbingan dan bila pengawasan mengendur maka perilaku akan ditinggalkan. Di dalam standar tenaga keperawatan dirumah sakit, yang dikeluarkam oleh direktorat Pelayanan Keperawatan Dirjen Yan Medik tahun 2001, disebutkan pula bahwa untuk menjamin tercapainya pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien,diperlukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program oleh Manager keperawatan Tertinggi. Pengawasan harus tepat dalam tipe dan jumlahnya, jika pengawasan tidak adekuatm maka aktivitas perawat akan jauh dari standart yang ditetapkan.

## **2.2 KONSEP SURGICAL SAFETY CHEKLIST**

### **2.2.1 Pengertian**

*Surgical safety checklist* adalah sebuah daftar periksa 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.

### **2.2.2 Manfaat *surgical safety checklist***

- a. *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%. 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% .

- b. 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% .
- c. Menurunkan proporsi pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit. Penelitian tentang “*a Surgical Patient Safety System*” menghasilkan penerapan *surgical patient safety system* pra 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%.
- d. Fungsi yang paling umum adalah menyediakan informasi yang detail mengenai kasus yang sedang dikerjakan, koordinasi detail, penyuaan fokus diskusi dan kemudian pembentukan tim.
- e. 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).

### 2.2.3 Implementasi *Surgical Safety Checklist*

*Surgical safety checklist* digunakan melalui 3 tahap , masing masing sesuai alur waktu yaitu sebelum induksi anastesi (*sign in*), sebelum insisi kulit (*time out*), dan sebelum mengeluarkan pasien dari kamarvoperasi (*sign out*). Implementasi *surgical safety checklist* memerlukan seorang kordinator yang bertanggung jawab untuk memeriksa checklist. Koordinator biasanya seorang perawat, dokter atau profesional kesehatan yang lainnya yang terlibat dalam operasi. Pada setiap fase, koordinator *checklist* harus diizinkan untuk mengkonfirmasi bahwa tim telah menyelesaikan tugasnya sebelum melakukan kegiatan lebih lanjut

Fase *sign in* sebelum induksi anastesi 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 oxymeter pulse pada pasien berfungsi. koordinator dengan profesional anastesi mengkonfirmasi resiko pasien apakah pasien ada resiko 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 kassa, perhitungan 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.

Secara umum proses SSC menurut WHO (2009) adalah sebagai berikut :

a. Pelaksanaan *Sign In*

1) Konfirmasi identitas pasien

Koordinator *Checklist* secara lisan menegaskan identitas pasien, jenis prosedur pembedahan, lokasi operasi, serta persetujuan untuk dilakukan operasi. Langkah ini penting dilakukan agar petugas kamar operasi tidak salah melakukan pembedahan terhadap pasien, sisi, dan prosedur pembedahan. Bagi pasien anak-anak atau pasien yang tidak memungkinkan untuk berkomunikasi dapat dilakukan kepada pihak keluarga, itulah mengapa dilakukan konfirmasi kepada pasien sebelum pembedahan

2) Konfirmasi sisi pembedahan

Koordinator *Checklist* harus mengkonfirmasi kalau ahli bedah telah melakukan penandaan terhadap sisi operasi bedah pada pasien (biasanya menggunakan marker permanen) untuk pasien dengan kasuss lateralitas (perbedaan kanan atau kiri) atau beberapa struktur dan tingkat (misalnya jari tertentu, jari kaki, lesi kulit, vertebrata) atau tunggal (misalnya limpa). Penandaan yang permanen dilakukan dalam semua kasus, bagaimanapun, dan dapat memberikan ceklist cadangan agar dapat mengkonfirmasi tempat yang benar dan sesuai prosedur

3) Konfirmasi tim anastesi apakah mesin dan obat-obatan anastesi telah disiapkan.

Koordinator *Checklist* melengkapi langkah berikutnya dengan meminta bagian anastesi untuk melakukan konfirmasi penyelesaian pemeriksaan

keamanan anastesi, dilakukan dengan pemeriksaan peralatan anastesi, saluran untuk pernafasan pasien nantinya (oksigen dan inhalasi), ketersediaan obat-obatan, serta resiko pada pasien setiap kasus.

- 4) Konfirmasi apakah *Pulse Oksimetri* pada pasien dapat berfungsi.

Koordinator *Checklist* menegaskan bahwa pulse oksimetri telah ditempatkan pada pasien dan dapat berfungsi benar sebelum induksi anastesi. Idealnya pulse oksimetri dilengkapi sebuah sistem untuk dapat membaca denyut nadi dan saturasi oksigen, pulse oksimetri sangat direkomendasikan oleh WHO dalam pemberian anastesi, jika pulse oksimetri tidak berfungsi atau belum siap maka ahli bedah anastesi harus mempertimbangkan menunda operasi sampai alat-alat sudah siap sepenuhnya.

- 5) konfirmasi pada pasien tentang riwayat alergi

Koordinator *Checklist* harus mengarahkan pertanyaan ini dan dua pertanyaan berikutnya kepada ahli anastesi. Pertama, koordinator harus bertanya apakah pasien memiliki alergi? Jika iya, apa itu? Jika koordinator tidak tahu tentang alergi pada pasien maka informasi ini harus dikomunikasikan

- 6) konfirmasi apakah pasien memiliki resiko aspirasi

Ahli anastesi akan menulis apabila pasien memiliki kesulitan jalan nafas pada status pasien, sehingga pada tahapan *Sign In* ini tim bedah dapat mengetahuinya dan mengantisipasi pemakaian jenis anastesi yang digunakan. Resiko terjadinya aspirasi dievaluasi sebagai bagian dari penilaian jalan nafas sehingga apabila pasien memiliki gejala refluks aktif atau perut penuh, ahli anastesi harus mempersiapkan kemungkinan terjadi aspirasi. Resiko aspirasi dapat dikurangi dengan cara memodifikasi rencana anastesi, misalnya menggunakan teknik induksi cepat dan dengan bantuan asisten memberikan

tekanan krikoid selama induksi untuk mengantisipasi aspirasi pasien yang telah dipuaskan enam jam sebelum operasi

- 7) Konfirmasi apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml (700ml/kg pada anak-anak)?

Dalam langkah keselamatan , koordinator *Checklist* meminta tim anastesi memastikan apa ada resiko kehilangan darah lebih dari setengah liter darah selama operasi karena kehilangan darah merupakan salah satu bahaya umum dan sangat penting bagi pasien bedah, dengan resiko syok hipovolemik terjadi ketika kehilangan darah 500ml (700ml/kg pada anak-anak), Persiapan yang memadai dapat dilakukan dengan perencanaan jauh-jauh hari dan melakukan resusitasi cairan saat pembedahan berlangsung.

- b. Pelaksanaan *Time Out*

*Time Out* adalah prosedur keselamatan pembedahan pasien yang dilakukan sebelum dilakukan insisi kulit, *Time Out* dikoordinasi oleh salah satu dari anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *Time Out* setiap petugas kamar operasi memperkenalkan diri dan tugasnya, ini bertujuan agar diantara petugas operasi dapat saling mengetahui dan mengenal peran masing-masing. Sebelum melakukan insisi petugas kamar operasi dengan suara keras akan mengkonfirmasi mereka melakukan operasi dengan benar, pasien yang benar, serta mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan minimal 60 menit sebelumnya

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Time Out* adalah :

Sebelum melakukan insisi atau sayatan pada kulit, jeda sesaat harus diambil oleh tim untuk mengkonfirmasi bahwa beberapa keselamatan penting pemeriksaan harus dilakukan

1) Konfirmasi nama dan peran anggota tim

Konfirmasi dilakukan dengan cara semua anggota tim memperkenalkan nama dan perannya, karena anggota tim sering berubah sehingga dilakukan manajemen yang baik yang diambil pada tindakan dengan resiko tinggi seperti pembedahan. Koordinator harus mengkonfirmasi bahwa semua orang telah diperkenalkan termasuk staf, mahasiswa, atau orang lain

2) Konfirmasi anggota tim secara lisan identitas pasien, sisi yang akan dibedah, dan prosedur pembedahan

Koordinator *Checklist* akan meminta semua orang berhenti dan melakukan konfirmasi identitas pasien, sisi yang akan dilakukan pembedahan, dan prosedur pembedahan agar tidak terjadi kesalahan selama proses pembedahan berlangsung. Sebagai contoh, perawat secara lisan mengatakan “sebelum kita melakukan sayatan pada kulit (*Time Out*) apakah semua orang setuju bahwa ini adalah pasien X?, terdapat cysta ovarii dextra?”. Ahli anastesi, ahli bedah, dan perawat secara eksplisit dan individual mengkonfirmasi kesepakatan, jika pasien tidak dibius akan lebih mudah membantu baginya untuk mengkonfirmasi hal yang sama

3) Konfirmasi pemberian antibiotik profilaksis yang diberikan 60 menit terakhir

Koordinator *Checklist* akan bertanya dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir, anggota tim yang

bertanggung jawab dalam pemberian antibiotik profilaksis adalah ahli bedah, dan harus memberikan konfirmasi secara verbal. Jika antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit sebelum, tim harus mempertimbangkan pemberian ulang pada pasien.

#### 4) Antisipasi Peristiwa kritis

Untuk memastikan komunikasi pada pasien dengan keadaan kritis, koordinaor *Checklist* akan memimpin diskusi secara cepat antara ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat terkait bahaya kritis dan rencana selama pembedahan. Hal ini dapat dilakukan dengan meminta setiap pertanyaan langsung dijawab, urutan diskusi tidak penting, tetapi masing-masing disiplin klinis saling berkomunikasi, isi diskusi meliputi:

- a) Untuk dokter bedah : konfirmasi langkah kritis, berapa lama kasus ini dilakukan, dan bagaimana antisipasi kehilangan darah

Diskusi langkah-langkah kritis ini dimaksudkan untuk meminimalkan resiko pembedahan. Semua anggota tim mendapat informasi tentang resiko kehilangan darah, cedera, morbiditas. Kesempatan ini juga dilakukan untuk meninjau langkah-langkah yang mungkin memerlukan peralatan khusus, implan, atau persiapan yang lainnya

- b) Untuk dokter anastesi : konfirmasi adakah kekhawatiran tertentu pada pasien

Pada pasien dengan resiko untuk kehilangan darah besar, ketidakstabilan hemodinamik, atau morbiditas (seperti penyakit jantung, paru, aritmia, kelainan darah, dll), anggota tim anastesi harus meninjau ulang rencana spesifik dan kekhawatiran untuk

resusitasi khususnya. Dalam diskusi ini dokter anastesi cukup mengatakan, “saya tidak punya perhatian khusus mengenai hal ini”

c) Untuk perawat : apakah sterilitas (termasuk hasil indikator) telah dikonfirmasi? Apakah ada masalah peralatan atau masalah apapun?

Perawat menanyakan kepada ahli bedah apakah alat-alat yang diperlukan sudah diperlukan sehingga perawat dapat memastikan instrumen di kamar operasi telah steril dan lengkap

5) Konfirmasi pemeriksaan penunjang berupa foto perlu ditampilkan di kamar operasi

Ahli bedah memberi keputusan apakah foto penunjang diperlukan dalam pelaksanaan operasi atau tidak

c. Pelaksanaan *Sign Out*

*Sign Out* adalah prosedur keselamatan pembedahan yang dilakukan oleh petugas kamar operasi sebelum penutupan luka, dikoordinasi oleh salah satu anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *Sign Out* akan dilakukan *review* tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, dilakukan juga pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah yang perlu ditangani, selanjutnya langkah akhir adalah memusatkan perhatian pada manajemen post-operasi serta pemulihan pasien sebelum dipindah dari kamar operasi

Pemeriksaan keamanan ini harus diselesaikan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi, tujuannya adalah untuk memfasilitasi transfer informasi penting kepada tim perawatan yang bertanggung jawab untuk pasien setelah pembedahan

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan Sign Out adalah :

1) *Review* pembedahan

Koordinator *Checklist* harus mengkonfirmasikan dengan ahli bedah dan tim apa prosedur yang telah dilakukan, dapat dilakukan dengan pertanyaan, “apa prosedur yang telah dilakukan” atau sebagai konfirmasi, “kami melakukan prosedur X, apakah benar”

2) Penghitungan instrumen, spons, dan jumlah jarum

Perawat harus mengkonfirmasi secara lisan kelengkapan akhir instrumen, spons, dan jarum, dalam kasus rongga terbuka jumlah instrumen dipastikan harus lengkap, jika jumlah tidak lengkap maka tim harus waspada sehingga dapat mengambil langkah (seperti memeriksa tirai, sampah, luka, atau jika perlu mendapatkan gambar radiografi)

3) Pelabelan spesimen

Pelabelan digunakan untuk pemeriksaan dianostik patologi. Salah melakukan pelabelan berpotensi menjadi bencana untuk pasien dan terbukti menjadi salah satu penyebab error pada laboratorium. Perawat sirkuler harus mengkonfirmasi dengan benar dari setiap spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membacakan secara lisan nama pasien, deskripsi spesimen, dan setiap tanda berorientasi

4) identifikasi masalah peralatan/instrumen yang akan dipakai operasi

Apakah ada masalah peralatan di kamar operasi yang bersifat universal sehingga koordinator harus mengidentifikasi peralatan yang bermasalah agar instrumen atau peralatan yang tidak berfungsi tidak mengganggu jalannya pembedahan di lain hari

- 5) Ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat meninjau rencana pemulihan dan pengelolaan pasien

Sebelum pasien keluar dari ruang operasi maka anggota tim bedah memberikan informasi tentang pasien kepada perawat yang bertanggung jawab di ruang pemulihan (recovery room), tujuan dari langkah ini adalah transfer efisien dan tepat informasi penting untuk seluruh tim

## **2.3 PATIENT SAFETY**

### **2.3.1 Definisi**

keamanan adalah prinsip yang paling fundamental dalam pemberian pelayanan kesehatan maupun keperawatan, dan sekaligus aspek yang paling kritis dan manajemen kualitas. Keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan, dan analisa insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan resiko (Depkes,2008:20)

Patient Safety atau keselamatan pasien adalah suatu system yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi : Assesment Risiko, Identifikasi dan Pengelolaan Risiko (Laporan dan Analisa), Belajar dari Insiden (Tindak Lanjut dan Implementasi Solusi).

### **2.3.2 Tujuan *Patient Safety***

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di Rumah Sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan
- e. Menciptakan lingkungan yang aman bagi karyawan dan pengunjung Santosa Bandung International Hospital
- f. Mempertahankan reputasi Santosa Bandung International Hospital
- g. Memberikan pelayanan yang efektif dan efisien.

### **2.3.3 Manfaat *Patient Safety***

- a. Budaya keamanan meningkat dan berkembang
- b. Komunikasi dengan pasien berkembang
- c. Kejadian tidak diharapkan (KTD) menurun
- d. Risiko klinis menurun
- e. Keluhan berkurang
- f. Mutu pelayanan Rumah Sakit meningkat
- g. Citra rumah sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat, diikuti dengan kepercayaan diri yang meningkat

### **2.3.4 Standar Keselamatan Pasien**

Setiap rumah sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien. Standar Keselamatan Pasien meliputi (Permenkes 1691/ Menkes/ Per/ VIII/2011:5):

- a. hak pasien;

- b. mendidik pasien dan keluarga;
- c. keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
- d. penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
- e. peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien;
- f. mendidik staf tentang keselamatan pasien; dan
- g. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

### **2.3.5 Sasaran Keselamatan Pasien**

Dalam (Permenkes 1691/ Menkes/ Per/ VIII/ 2011:5) menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien. Sasaran Keselamatan Pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut :

- a. Ketepatan identifikasi pasien;
- b. Peningkatan komunikasi yang efektif;
- c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai;
- d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi.
- e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; dan
- f. Pengurangan risiko pasien jatuh.

### **2.3.6 Insiden Keselamatan Pasien dan Jenisnya**

Dalam (Permenkes 1691/Menkes/Per/VIII/2011: 2-3) Insiden Keselamatan Pasien (IKP) atau *Patient Safety Incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* yaitu seperti penyakit, cedera, cacat, atau bahkan kematian yang tidak seharusnya terjadi. Adapun jenis – jenis insiden dalam keselamatan pasien :

- a. Kondisi Potensial Cidera - KPC (A reportable circumstance) adalah situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cidera tetapi belum terjadi cidera dan kondisi atau situasi ini termasuk yang perlu untuk dilaporkan contohnya ruangan ICU yang sangat sibuk tetapi jumlah personil selalu kurang (understaffed), penempatan defibrilator di IGD ternyata diketahui bahwa alat tersebut rusak, walaupun belum diperlukan.
- b. Kejadian Nyaris Cidera – KNC (A near Miss) adalah terjadinya insiden yang belumsampai terpapar atau terkena pasien, contohnya unit transfusi darah sudah terpasangpada pasien yang salah tetapi kesalahan tersebut segera diketahui sebelum transfusidimulai sehingga tidak terjadi hal yang tidak diinginkan
- c. Kejadian Tidak Cidera – KTC (A No Harm Incident) adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cidera, contohnya darah transfusi yang salah sudah dialirkan tetapi tidak timbul gejala inkompatibilitas
- d. Kejadian Tidak Diharapkan – KTD (A Harmful incident/adverse event) adalah insiden yang mengakibatkan cidera pada pasien, contohnya transfusi yang salah mengakibatkan pasien meninggal karena reaksi hemolysis.
- e. kejadian sentinel (sentinel event) yang artinya suatu Kejadian Tidak Diharapkan – KTD yang mengakibatkan kematian atau cidera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi misalnya amputasi pada kaki yang salah dan sebagainya sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

## **2.4 LAPARATOMI**

### **2.4.1 Pengertian**

Laparotomi adalah salah satu jenis operasi yang dilakukan pada daerah abdomen. Operasi laparotomi dilakukan apabila terjadi masalah kesehatan yang berat pada area abdomen, misalnya trauma abdomen. Perawatan post laparotomi adalah bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahaan perut (Lestari, 2012).

### **2.4.2 Jenis Laparotomi**

Jenis-jenis laparotomi menurut (Jitowiyono 2010) :

- a. Midline incision, yaitu sayatan ke tepi dari garis tengah abdomen.
- b. Paramedian, yaitu sayatan sedikit ke tepi dari garis tengah dengan jarak sekitar 2,5 cm dengan panjang 12,5 cm.
- c. Transverse upper abdomen incision, yaitu insisi dibagi atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy
- d. Transverse lower abdomen, yaitu insisi melintang dibagian bawah 4 cm di atas anterior spinl iliaka, misalnya pada operasi appendisitis

### **2.4.3 Indikasi Laparotomi**

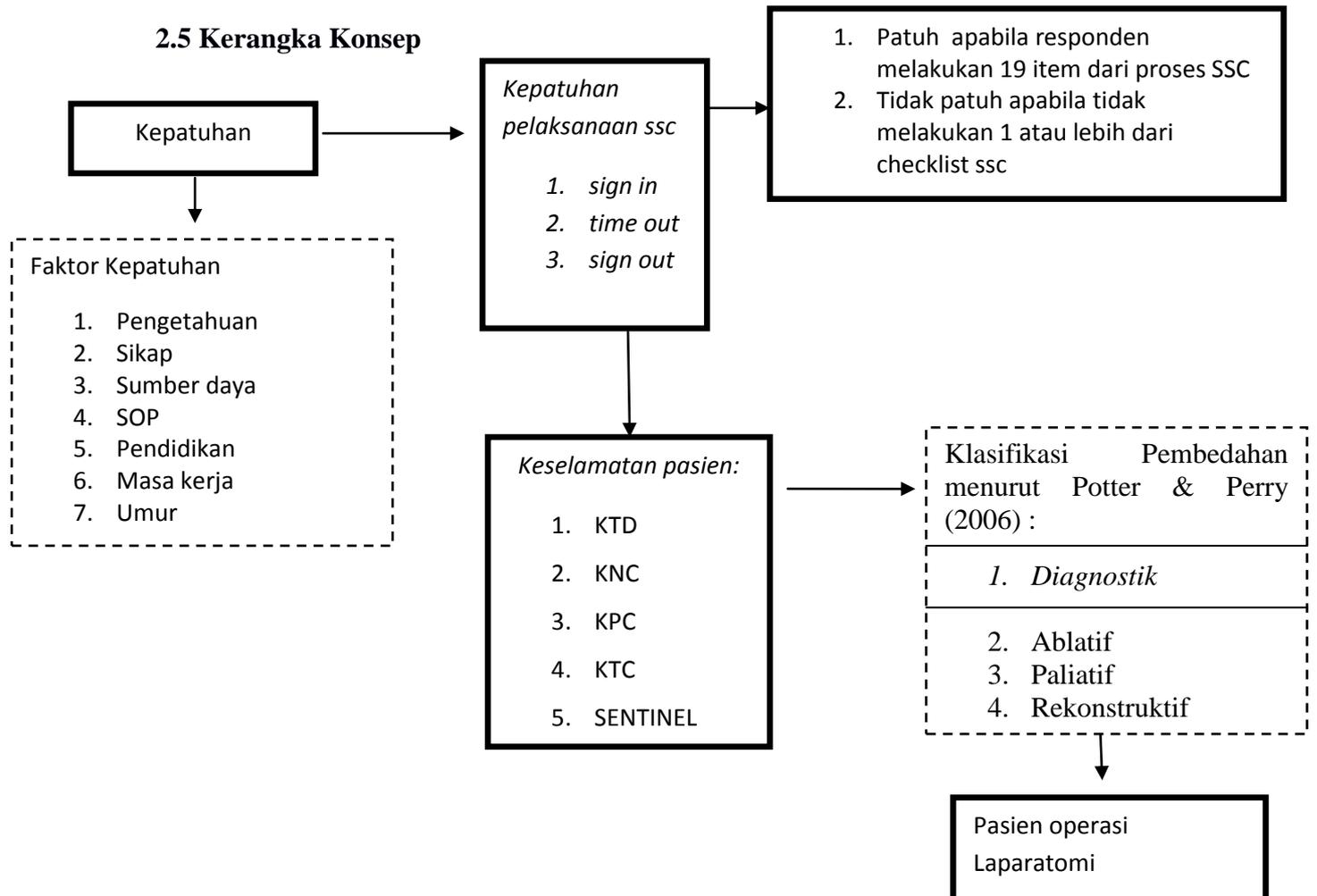
- a. Trauma abdomen (tumpul atau tajam)
- b. Peritonitis
- c. Perdarahan saluran pencernaan
- d. Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- e. Kasus appendiksitis
- f. Masa pada abdomen
- g. Obstetry-ginekology

#### **2.4.4 Perawatan Post-Laparotomi**

Perawatan post laparotomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut. Tujuan perawatan post laparotomi adalah :

- a. Mengurangi komplikasi akibat pembedahaan.
- b. Mempercepat penyembuhan.
- c. Mengembalikan fungsi abdomen pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi
- d. Mempertahankan konsep diri pasien.
- e. Mempersiapkan pasien pulang.

## 2.5 Kerangka Konsep



Keterangan :



= Variabel diteliti



=Variabel tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Kepatuhan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* terhadap Keselamatan Pasien Operasi Laparatomi.

## 2.6 Hipotesa Penelitian

Ha : Ada hubungan antara Kepatuhan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* dengan Keselamatan Pasien Operasi Laparatomi di RS Lavalet Malang

Ho : Tidak ada hubungan anantara Kepatuhan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* dengan Keselamatan Pasien Operasi Laparatomi di RS Lavalet Malang