

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif. Dalam setiap fase tersebut dimulai dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standart keperawatan (Brunner & Suddarth, 2010). Masing-masing tahap mencakup aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan (Majid, 2011).

Peroperasi merupakan tahapan dalam proses pembedahan yang dimulai dari prabedah (preoperatif), bedah (intraoperatif), dan pascabedah (postoperatif) (Alimul Aziz, 2009).

Menurut Brunner dan Suddarth (2010) fase perioperatif mencakup tiga fase dan pengertiannya yaitu :

- a) Fase praoperatif dari peran keperawatan perioperatif dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi;
- b) Fase intraoperatif dari keperawatan perioperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke bagian atau departemen bedah dan berakhir

saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan dapat meliputi : memasang infus (IV), memberikan medikasi intravena, dan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien;

- c) Fase Pascaoperatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan . dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatana klinik atau di rumah. pada fase pascaoperatif berlangsung fokus termasuk mengkaji efek agens anastesia, dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi.

2.1.1 Fase Pembedahan Perioperatif

Klien bedah datang ke tempat pelayanan kesehatan dengan kondisi kesehatan yang berbeda-beda. Klien mungkin akan datang ke rumah sakit atau unit bedah sehari sebelum hari pembedahan dengan perasaan sehat dan siap menghadapi pembedahan. Sebaliknya, korban kecelakaan kendaraan bermotor mungkin akan menghadapi pembedahan darurat tanpa waktu persiapan. Kemampuan menciptakan hubungan dan mempertahankan hubungan profesional merupakan komponen yang sangat penting dalam fase preoperatif. Perawat harus melakukannya dengan cepat, mudah, dan efektif (Brunner & Suddarth, 2010).

2.1.2 Proses Keperawatan dan Klien Bedah

Klien akan bertemu dengan anggota tim kesehatan antara lain dokter bedah, perawat anastesi, atau ahli anastesi, petugas fisioterapi, dan perawat. Semuanya berperan dalam asuhan keperawatan dan pemulihan klien. Perawat mengkaji kesehatan fisik dan emosional klien, mengetahui tingkat resiko

pembedahan, mengkoordinasi berbagai pemeriksaan diagnostik, mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang menggambarkan kebutuhan klien dan keluarga, mempersiapkan kondisi fisik dan mental klien untuk menghadapi pembedahan, serta mengkomunikasikan informasi yang berkaitan dengan pembedahan kepada tim (Brunner & Suddarth, 2010).

2.1.3 Jenis dan Indikasi Pembedahan

Pembedahan dilakukan jika diduga kuat adanya indikasi-indikasi yang mendukung untuk diharuskannya tindakan pembedahan. Sebagai contoh, untuk pemeriksaan diagnostik yang perlu dilakukannya biopsi, untuk memperkirakan luas penyakit ataupun injury yaitu dengan eksplor laparotomi, mungkin juga untuk mengembalikan tampilan dan fungsi sebelumnya misalnya dengan mammoplasty, pembedahan juga dilakukan untuk mengangkat organ yang tidak bisa ditunda, seperti contoh pada kasus darurat.

Pembedahan juga dapat diklasifikasikan sesuai tingkat urgensinya, dengan penggunaan istilah-istilah kedaruratan, urgen, diperlukan, elektif, dan pilihan (Brunner & Suddarth, 2010). Berikut adalah Tabel 2.1 yang merupakan klasifikasi pembedahan menurut Brunner & Suddarth.

Tabel 2. 1 Kategori pembedahan berdasar tingkat urgensinya menurut Brunner & Suddarth (2010)

Klasifikasi	Indikasi untuk Pembedahan	Contoh
I. Kedaruratan- pasien membutuhkan perhatian segera; gangguan mungkin mengancam jiwa	Tanpa ditunda	Perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas
II. Urgen-pasien membutuhkan perhatian segera	Dalam 24-30 jam	Infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra
III. Diperlukan-pasien harus menjalani pembedahan	Dapat direncanakan dalam beberapa bulan atau minggu	Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tiroid, katarak
IV. Elektif-pasien harus dioperasi ketika diperlukan	Pembedahan dimana jika Tidak dilakukan pembedahan (penundaan) tidak terlalu membahayakan pasien	Perbaikan eskar, hernia sederhana, perbaikan vaginal
V. Pilihan-keputusan terletak pada pasien	Pilihan pribadi	Bedah kosmetik

Sumber: Brunner & Suddarth (2010)

Selanjutnya, klasifikasi Pembedahan menurut Potter & Perry (2006) yang menyebutkan bahwa jenis prosedur pembedahan diklasifikasikan berdasarkan pada tingkat keseriusan, kegawatan, dan tujuan pembedahan. Sebuah prosedur mungkin memiliki lebih satu klasifikasi. Misalnya pembedahan untuk mengangkat jaringan parut yang bentuknya tka beraturan termasuk pembedahan dengan tingkat keseriusan rendah, elektif secara kegawatan, dan bertujuan untuk rekonstruksi. Klasifikasi sering kali tumpang tindih. Prosedur yang gawat dianggap mempunyai tingkat keseriusan mayor. Tindakan bedah yang sama dapat dilakukan pada klien yang berbeda dengan tujuan yang berbeda. Misalnya, gastrektomi dilakukan sebagai prosedur kedaruratan untuk mereseksi perdarahan ulkus atau dilakukan

sebagai prosedur kegawatan untuk mengangkat jaringan yang terkena kanker. Klasifikasi memberi indikasi pada perawat tentang tingkat asuhan keperawatan yang mungkin diperlukan klien. Berikut adalah Tabel 2.2 yang merupakan klasifikasi prosedur pembedahan menurut Potter and Perry:

Tabel 2. 2 Klasifikasi prosedur pembedahan menurut Potter & Perry (2006)

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
Keseriusan	Mayor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh; menimbulkan resiko yang tinggi bagi kesehatan.	Bypass arteri koroner, reseksi kolon, pengangkatan laring, reseksi lobus paru.
	Minor	Melibatkan perubahan yang kecil pada bagian tubuh; sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas; mengandung resiko yang lebih rendah bila dibandingkan dengan prosedur mayor.	Ekstraksi katarak, operasi plastik wajah, graff kulit, ekstraksi gigi.
	Elektif	Pembedahan dimana jika Tidak dilakukan pembedahan (penundaan) tidak terlalu membahayakan pasien. Dilakukan berdasarkan pada pilihan klien; tidak penting dan mungkin tidak dibutuhkan untuk kesehatan.	Buniktomi, operasi plastik wajah, perbaikan hernia, rekonstruksi payudara, perbaikan eskar, perbaikan vaginal.
Urgensi	Gawat	Perlu untuk kesehatan klien, dapat mencegah timbulnya masalah tambahan (misalnya dekstruksi jaringan atau fungsi organ yang terganggu); tidak harus bersifat darurat.	Eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kandung empedu, perbaikan vaskular akibat obstruksi arteri (misalnya, bypass arteri koroner).
	Darurat	Harus dilakukan segera untuk menyelamatkan jiwa atau mempertahankan fungsi bagian tubuh.	Memperbaiki perforasi apendiks, memperbaiki amputasi traumatik, mengontrol perdarahan internal.
Tujuan	Diagnostik	Bedah eksplorasi untuk memperkuat diagnosis dokter; mungkin termasuk pengangkatan jaringan untuk pemeriksaan diganostik yang lebih lanjut.	Laparotomi eksplorasi (insisi rongga peritoneal untuk menginspeksi organ abdomen), biopsi masa payudara.
	Ablatif	Eksisi atau pengangkatan bagian tubuh yang menderita penyakit.	Amputasi, pengangkatan apendiks, kolesistektomi.
	Paliatif	Menghilangkan atau mengurangi intensitas gejala penyakit; tidak akan menyembuhkan penyakit.	Kolostomi, debridemen jaringan nekrotik, reseksi serabut saraf.

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
	Rekonstruktif	Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami trauma atau malfungsi.	Fiksasi internal pada fraktur, perbaikan jaringan parut.
	Transplantasi	Dilakukan untuk mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi.	Transplantasi ginjal, kornea, atau hati; penggantian pinggul total.
	Konstruktif	Mengembalikan fungsi yang hilang atau berkurang akibat anomali konginetal.	Memperbaiki bibir sumbing, penutupan defek katup atrium jantung.

Sumber: Potter & Perry (2006)

Sedangkan menurut Alimul Aziz (2009) jenis pembedahan dibagi menjadi dua yaitu berdasarkan lokasi dan berdasarkan tujuan :

Jenis pembedahan berdasarkan lokasinya, pembedahan dibagi menjadi bedah thorak, kardiovaskuler, bedah neurologi, bedah ortopedi, bedah urologi, bedah kepala leher, bedah digestive, dan lain-lain.

Jenis pembedahan berdasarkan tujuannya, pembedahan dibagi menjadi :

- a) Pembedahan diagnostik, ditunjukkan untuk menentukan sebab terjadinya gejala dari penyakit, seperti biopasi, eksplorasi, dan laparotomi
- b) Pembedahan kuratif, dilakukan untuk mengambil bagian dari penyakit, misalnya pembedahan apendektomi
- c) Pembedahan restoratif, dilakukan untuk mengambil bagian dari penyakit, misalnya pembedahan apendektomi

2.2 Konsep Surgical Safety Checklist

Joko (2012) menyatakan dalam Akreditasi Rumah Sakit bahwa *Safe Surgery Saves Lives* (S3L) adalah suatu program dalam upaya menurunkan

komplikasi pembedahan dan anestesi. Berdasarkan hal tersebut, terdapat empat domain yang menjadi perhatian, yaitu:

- a) Pencegahan infeksi luka operasi;
- b) Keselamatan pembiusan (safe anesthesia);
- c) Keselamatan pembedahan (safe surgical terms);
- d) Mekanisme jaminan kualitas dan perawatan pembedahan (surgical care and quality assurance mechanism).

WHO (2009) menyatakan bahwa pembedahan mempunyai sasaran penting yang harus dilakukan oleh tim bedah untuk mencegah kesalahan selama operasi, mencegah terjadinya komplikasi, serta kematian. Terdapat 10 (sepuluh) tujuan penting yaitu :

- 1) Petugas kamar operasi akan melakukan pembedahan pada pasien dan lokasi yang benar;
- 2) Petugas kamar operasi akan menggunakan metode yang sudah dikenal untuk mencegah bahaya dari tindakan anestesi dan melindungi pasien dari rasa sakit;
- 3) Petugas kamar operasi mengenali dan secara efektif mempersiapkan bantuan hidup dari bahaya gangguan pernafasan;
- 4) Petugas kamar operasi mengenali dan secara efektif dapat mengetahui adanya resiko kehilangan darah;
- 5) Petugas kamar operasi dapat menghindari reaksi alergi dan mampu mengenali tanda-tandanya;
- 6) Petugas kamar operasi secara konsisten menggunakan metode yang sudah dikenal untuk meminimalkan resiko infeksi pada luka operasi;

- 7) Petugas kamar operasi dapat mencegah tertinggalnya kassa, jarum, dan instrumen pada lapangan operasi;
- 8) Petugas kamar operasi dapat mengidentifikasi secara aman dan akurat spesimen pembedahan;
- 9) Petugas kamar operasi dapat melakukan komunikasi yang efektif dan saling bertukar informasi untuk melakukan operasi yang aman;
- 10) Rumah sakit dan sistem kesehatan masyarakat selalu melakukan pengawasan yang rutin terhadap jumlah, kapasitas, dan hasil pembedahan.

Surgical Safety Checklist adalah sebuah draft atau lembar pengecekan untuk memastikan keselamatan pasien dan mengembangkan komunikasi yang lebih baik antar tenaga kesehatan dalam bentuk lembar *checklist*. *Checklist* ini adalah alat yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam pembedahan dan mengurangi kematian pembedahan dan komplikasi yang terjadi (WHO, 2008) dalam (Adriazni, 2012).

WHO (2009) menjelaskan bahwa tahapan dan langkah yang dilakukan dalam pelaksanaan *surgical safety checklist* ada 3 tahap, yaitu: *sign in*, *time out*, dan *sign out*. Berikut adalah gambar 2.1 yang merupakan tahapan *Surgical Safety Checklist* menurut WHO:

2.2.1 Konsep *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 (WHO, 2009).

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

Anggota tim operasi melakukan konfirmasi 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 bahawa ini adalah pasien X?, mengalami Hernia Inguinal kanan?”. 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

2) Apakah antibiotik profilaksis telah 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.

3) 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:

4) Untuk dokter bedah : Apa 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;

- 5) Untuk dokter anastesi : apakah ada kekhawatiran tertentu pada pasien?

Pada pasien dengan resiko untuk kehilangan darah besar, ketidakstabilan hemodinamik, atau morbiditas (seperti penyakit jantung, paru, aritmia, kelainan darah, dan lain-lain), 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”

- 6) 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

- 7) Apakah pemeriksaan penunjang berupa foto perlu ditampilkan di kamar operasi:

Ahli bedah memberi keputusan apakah foto penunjang diperlukan dalam pelaksanaan operasi atau tidak (WHO, 2009).

2.2.2 Dasar Hukum Pelaksanaan *Time Out*

Dasar hukum dalam pelaksanaan *TimeOut* antara lain adalah sebagai berikut:

- a) Rekomendasi WHO (*World Health Organization*) tentang *Patient Safety* dan *Safe Surgery Save Lives*.
- b) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1691/menkes/per/VIII/2011 menuangkan sasaran keselamatan pasien pada Pasal 8 yang isinya adalah:

- 1) Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
- 2) Sasaran keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
 - Ketepatan identifikasi pasien;
 - Peningkatan komunikasi yang efektif;
 - Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai;
 - Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi;
 - a. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;
 - b. Pengurangan resiko pasien jatuh.
- c) Standar SKP.4 Akreditasi RS/IPSG.4 JCI, mensyaratkan agar Rumah Sakit memiliki kebijakan dan prosedur pembedahan yang memastikan benar lokasi, benar prosedur, benar pasien, dan perlu merujuk kepada *Joint Joint Comission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*.

2.2.3 Pelaksanaan *Time Out*

Time out dilakukan sesaat sebelum dimulainya insisi menyangkut penandaan lokasi operasi dan proses verifikasi yang diatur dalam protokol *Joint Commission InternationalC (JCI) Accreditation Standart for hospital 4th edition*, protokol tersebut mengatur tentang:

- 1) Penandaan lokasi yang akan dioperasi.

Penandaan lokasi pembedahan melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang mudah dan langsung dikenali, tanda itu:

- a. Harus konsisiten di seluruh rumah sakit;
- b. Harus dibuat oleh mereka yang melaksanakan prosedur;

- c. Harus dilakukan ketika pasien masih dalam keadaan sadar dan terjaga jika mungkin;
 - d. Harus terlihat setelah pasien selesai dipersiapkan;
 - e. Dalam semua kasus yang melibatkan ke-lateral-an, struktur ganda (jari, jari kaki, lesi), atau tingkatan berlapis (tulang belakang).
- 2) Proses verifikasi sebelum operasi dengan tujuan verifikasi antara lain adalah sebagai berikut:
- a. Memastikan benar lokasi, benar prosedur, benar pasien operasi;
 - b. Memastikan bahwa semua dokumen, gambar/citra, dan penyelidikan yang relevan telah tersedia, sudah diberi label, dan ditampilkan serta;
 - c. Memastikan tersedianya peralatan khusus dan atau implan yang diperlukan.
- 3) *Time Out* yang dilakukan sesaat sebelum operasi dimulai:
- a. *Time Out* memungkinkan semua pertanyaan yang belum terjawab atau ketidakjelasan diselesaikan.
 - b. *Time Out* dilakukan di lokasi tempat prosedur akan dilakukan, tepat sebelum memulai prosedur, dan melibatkan seluruh tim operasi.
 - c. Rumah Sakit menentukan bagaimana proses *time out* didokumentasikan.

Hal-hal yang perlu dilakukan untuk *International Patient Goal* mengenai *time out* antara lain (Hidayat, 2014):

- 1) Menjalankan kebijakan/prosedur.
- 2) Melakukan marking tanda yang jelas untuk identifikasi sisi operasi dan melibatkan pasien dalam proses marking.

- 3) Melakukan proses verifikasi untuk semua dokumen dan *equipment* yang diperlukan tersedia, benar dan berfungsi dengan baik.
- 4) Memastikan pelaksanaan dengan menggunakan *checklist* dan prosedur *time out* dilakukan sebelum dimulai prosedur pembedahan.

Dalam *Universal Protocol* dalam *National Patient Safety Goals Effective (NPSG) 2015* menyebutkan bahwa saat pelaksanaan *time out*, aktivitas lain dihentikan sehingga anggota tim dapat fokus pada konfirmasi aktif pasien, sisi, dan prosedur yang akan dilakukan. Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan saat pelaksanaan *time out*, diantaranya:

- 1) Melakukan *time out* segera sebelum memulai prosedur invasif atau membuat sayatan.
- 2) *The time out* memiliki karakteristik sebagai berikut:
 - *Time out* adalah standar, seperti yang didefinisikan oleh rumah sakit
 - Dimulai oleh anggota yang ditunjuk dari tim
 - Melibatkan anggota langsung dari tim prosedur, termasuk individu melakukan prosedur, penyedia anestesi, perawat sirkuler, teknisi ruang operasi, dan peserta aktif lainnya yang akan berpartisipasi dalam prosedur dari awal.
- 3) Ketika dua atau lebih prosedur sedang dilakukan pada pasien yang sama, dan orang melakukan perubahan prosedur, melakukan *time out* sebelum setiap prosedur dimulai.
- 4) Selama *time out*, anggota tim setuju, minimal, sebagai berikut:
 - Identitas pasien yang benar
 - Lokasi benar
 - Prosedur pembedahan yang harus dilakukan

5) Dokumen penyelesaian *time out*.

Catatan: Rumah sakit menentukan jumlah dan jenis dokumentasi.

2.3 Konsep Kepatuhan

Kepatuhan merupakan suatu ketaatan seseorang dalam melakukan sesuatu hal demi kebaikan. Banyak hal-hal mengenai kepatuhan yang perlu diperhatikan, yaitu sebagai berikut.

2.3.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh, menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia, patuh artinya suka dan taat kepada perintah atau aturan, dan berdisiplin.

Kepatuhan merupakan suatu perilaku sesuai aturan dan berdisiplin (Slamet, 2007). Kepatuhan adalah tingkat seseorang melakukan suatu cara atau berperilaku seseorang dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya. Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang profesional terhadap suatu anjuran prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Setiadi, 2007).

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Lawrence Green (1980) dalam Mubarak, dkk (2006) berpendapat bahwa perilaku manusia termasuk perilaku kepatuhan sangat dipengaruhi dan ditentukan oleh faktor-faktor: predisposisi (*prediposing factor*), faktor pendukung (*enabling factors*), dan faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*). Berikut merupakan penjelasan mengenai faktor-faktor tersebut

a) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang menjadi dasar untuk seseorang berperilaku atau dapat pula sebagai faktor yang bersifat bawaan yang dapat mendukung ataupun menghambat seseorang untuk berperilaku tertentu.

Faktor predisposisi kepatuhan adalah pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, umur, masa kerja:

- 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 (Notoatmodjo, 2010);

- Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon emosional seseorang terhadap stimulus atau objek diluarnya. Respon emosional ini lebih bersifat penilaian atau evaluasi pribadi terhadap stimuli atau objek diluarnya, penilaian ini dapat dilanjutkan dengan kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Menurut Secord dan Backman dalam Saifuddin Azwar (2012:5) berpendapat bahwa sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi), seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Oleh sebab itu sikap terhadap sesuatu tidak selalu berakhir dengan perilaku yang sesuai dengan sikap tersebut.

- Tingkat Pendidikan

Pendidikan berpengaruh terhadap pola pikir individu. Sedangkan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan rendah akan berbeda dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan tinggi. Pendidikan yang tinggi dari seorang perawat akan memberi pelayanan yang optimal (Asmadi, 2010).

- Umur

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

Kategori usia menurut Kemenkes (2009) yaitu remaja akhir (17-25 tahun), dewasa awal (26-35 tahun), dewasa akhir (36-45 tahun), lansia awal (46-55 tahun), lansia akhir (56-65 tahun), dan yang terakhir adalah manula (>65 tahun).

- Masa Kerja

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, masa kerja adalah lama waktu untuk melakukan suatu kegiatan atau lama waktu seseorang bekerja. Lama bekerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja di suatu tempat (Handoko, 2007).

b) Faktor Pendukung

Segala sesuatu yang menjadi penunjang untuk seseorang melakukan sesuatu, bisa berupa tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan. Pada penelitian ini, terdapat faktor pendukung yaitu tersedianya sumber daya serta Standar Operasional Prosedur (SOP). Berikut merupakan uraian mengenai sumber daya dan SOP:

- Sumber Daya:

Merupakan faktor yang diperlukan dalam terlaksananya suatu perilaku. Sumber daya sebaiknya berupa fasilitas ataupun sarana yang memadai dan dalam kondisi yang baik dalam jumlah ataupun kualitasnya. Ketidakbaikan kondisi pada sumber daya, akan memperlambat dan juga akan menimbulkan masalah dalam pelaksanaannya.

- Standar Operasional Prosedur (SOP):

Standar, menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia merupakan ukuran tertentu yang dipakai sebagai patokan. Adanya standar yaitu untuk mencapai sesuatu yang diinginkan sesuai nilai yang ideal. Sedangkan suatu rangkaian yang sudah dibakukan agar didapatkan hasil yang sama pada tindakan yang sama dan digunakan dalam acuan dalam pelaksanaan suatu tindakan, baik oleh siapa atau bagaimana pelaksanaannya adalah Standar Operasional Prosedur. Patokan yang digunakan dalam pelaksanaan sebelum dan setelah dilakukannya pembedahan.

2.3.3 Kriteria Kepatuhan

Depkes RI (2008) membagi kriteria kepatuhan menjadi tiga yaitu:

- a) Patuh adalah suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah ataupun aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dan semuanya benar;
- b) Kurang patuh adalah suatu tindakan yang melaksanakan perintah dan aturannya hanya sebagian dari yang ditetapkan, dan dengan sepenuhnya namun tidak sempurna;
- c) Tidak patuh adalah suatu tindakan mengabaikan atau tidak melaksanakan perintah atau sama sekali. Untuk mendapatkan nilai kepatuhan yang lebih akurat atau terukur maka perlu ditentukan angka atau nilai dari tingkat

kepatuhan tersebut, sehingga bisa dibuatkan rangking tingkat kepatuhan seseorang.

2.4 Anggota Tim Bedah

Seluruh anggota tim bedah diperlukan dalam pengelolaan aspek-aspek penting pada setiap fase perioperatif yang berdasarkan atas pengetahuan dan keahlian para tim bedah, adapun anggota dalam tim bedah, sebagai berikut:

2.4.1 Ahli Bedah

Kamus Kesehatan mengartikan bahwa ahli bedah adalah seorang dokter yang merawat penyakit, cedera, atau cacat dengan metode operasi atau pembedahan. Definisi dari “ahli bedah” telah mulai kabur dalam beberapa tahun terakhir karena ahli bedah telah mulai meminimalkan pemotongan, menggunakan teknologi baru yang “invasif minimal,” menggunakan laparoskop, dan lain-lain.

Ahli bedah merupakan kunci dalam menentukan apakah prosedur pembedahan diperlukan dan menjelaskan manfaat dan potensi risiko yang terlibat, tetapi mereka tidak beroperasi sendirian. Ahli bedah dibantu oleh tim dengan masing-masing keterampilan dan peran khusus (Winona, 2012).

2.4.2 Asisten Bedah

Asisten bedah merupakan seseorang yang bertanggung jawab memberikan bantuan kepada dokter bedah dalam tindakan pembedahan berdasarkan arahan dari dokter bedah utama. Asisten bedah mengikuti petunjuk dan mengantisipasi kebutuhan dokter bedah (Winona, 2012).

2.4.3 Perawat Instrumen

Perawat instrumen berperan dalam memeriksa untuk memastikan bahwa instrumentasi steril dan sesuai, juga fungsi perlengkapan bedah yang tersedia sebelum operasi dilaksanakan (Hamlin, 2016). Perawat *scrub* atau yang di Indonesia dikenal sebagai perawat instrumen memiliki tanggung jawab terhadap manajemen instrumen operasi pada setiap jenis pembedahan. Secara spesifik, peran dan tanggung jawab dari perawat instrumen menurut Muttaqin (2009) adalah sebagai berikut.

- a) Perawat instrumen menjaga kelengkapan alat instrumen steril yang sesuai dengan jenis operasi.
- b) Perawat instrumen harus selalu mengawasi teknik aseptik dan memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai kebutuhan dan memberinya kembali.
- c) Perawat instrumen harus terbiasa dengan anatomi dasar dan teknik-teknik bedah yang sedang dikerjakan.
- d) Perawat instrumen harus secara terus-menerus mengawasi prosedur untuk mengantisipasi segala kejadian.
- e) Melakukan manajemen sirkulasi dan suplai alat instrumen operasi. Mengatur alat-alat yang akan dan telah digunakan. Pada kondisi ini perawat instrumen harus benar-benar mengetahui dan mengenal setiap instrumen yang digunakan beserta nama ilmiah dan nama biasanya, dan mengetahui penggunaan instrumen pada prosedur spesifik.
- f) Perawat instrumen harus mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan.
- g) Dalam menangani instrumen, perawat instrumen harus mengawasi semua aturan keamanan terkait. Benda-benda tajam, terutama skalpel, harus diletakkan di meja belakang untuk menghindari kecelakaan. Benda-benda

tajam harus diserahkan dengan cara yang benar sesuai kewaspadaan universal.

- h) Perawat instrumen harus memelihara peralatan dan menghindari kesalahan pemakaiannya.
- i) Perawat instrumen bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan kepada tim bedah mengenai setiap pelanggaran teknik aseptik atau kontaminasi yang terjadi selama pembedahan.
- j) Menghitung kassa, jarum, dan instrumen. Peenghitungan dilakukan sebelum pembedahan dimulai dan sebelum ahli bedah menutup luka operasi.

2.4.4 Perawat Sirkuler

Perawat sirkulasi adalah petugas penghubung antara area steril dengan bagian ruang operasi lainnya. Pendapat perawat sirkulasi sangat dibutuhkan dan sangat membantu, terutama dalam mengobservasi penyimpangan teknik aseptik selama pembedahan.

Secara umum, peran dan tanggung jawab perawat sirkulasi adalah sebagai berikut.

- a) Menjemput pasien dari bagian penerimaan, mengidentifikasi pasien, dan memeriksa formulir persetujuan.
- b) Mempersiapkan tempat operasi sesuai prosedur dan jenis pembedahan yang akan dilaksanakan. Tim bedah harus diberi tahu jika terdapat kelainan kulit yang mungkin dapat menjadi kontraindikasi pembedahan.
- c) Memeriksa kebersihan dan kerapian ruang operasi sebelum pembedahan. Apabila prosedur ini tidak dilaksanakan, maka dapat mengakibatkan waktu penundaan atau kesulitan dalam pembedahan.

- d) Membantu memindahkan pasien ke meja operasi, mengatur posisi pasien, mengatur lampu operasi, dan memasang semua elektroda, monitor, atau alat lain mungkin diperlukan.
- e) Membantu tim bedah mengenakan busana (baju dan sarung tangan steril).
- f) Tetap di tempat selama prosedur pembedahan untuk mengawasi atau membantu setiap kesulitan yang memerlukan bahan dari area steril.
- g) Berperan sebagai tangan kanan perawat instrumen untuk mengambil, membawa, dan menyesuaikan segala sesuatu yang diperlukan oleh perawat instrumen. Selain itu juga ikut mengontrol keperluan spons, instrumen, dan jarum.
- h) Membuka bungkus sehingga perawat instrumen dapat mengambil suplai steril.
- i) Mempersiapkan catatan barang yang digunakan serta penyulit yang terjadi selama pembedahan.
- j) Bersama dengan perawat instrumen menghitung jarum, kasa, dan kompres yang digunakan selama pembedahan.
- k) Apabila tidak terdapat perawat anestesi, maka perawat sirkulasi membantu ahli anestesi dalam melakukan induksi anestesi.
- l) Mengatur pengiriman spesimen biopsi ke laboratorium.
- m) Menyediakan suplai alat instrumen dan alat tambahan.
- n) Mengeluarkan semua benda yang sudah dipakai dari ruang operasi pada akhir prosedur, memastikan bahwa semua tumpahan dibersihkan, dan mempersiapkan ruang operasi untuk prosedur berikutnya (Muttaqin, 2009).

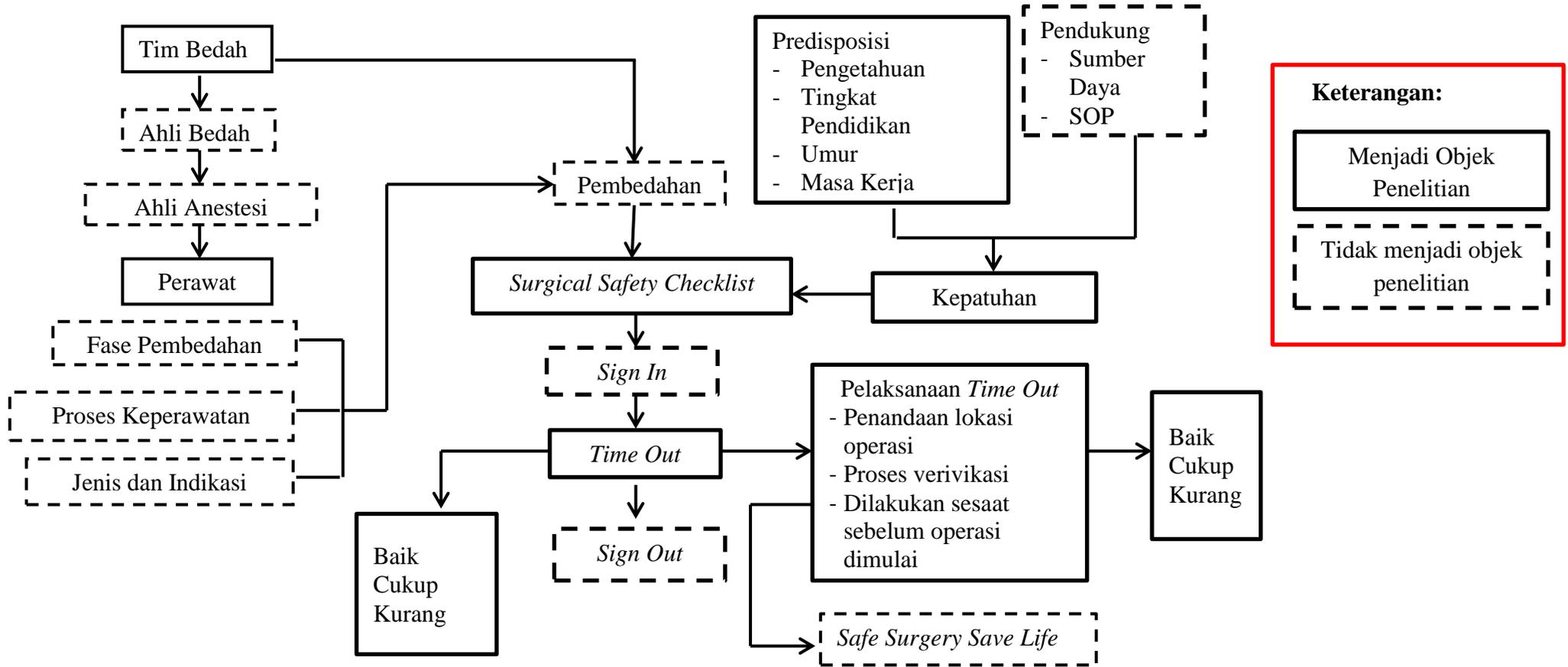
2.4.5 Ahli Anestesi (Anesthesiologi)

Ahli Anestesi (Anesthesiologi) adalah seorang dokter anestesi yang meninjau informasi medis dan mendiskusikan pilihan untuk perawatan anestesi. Selama prosedur memantau tanda-tanda vital sekaligus reaksinya dan juga akan memastikan keamanannya setelah operasi (Hamlin, 2016).

2.4.6 Perawat Anestesi

Peran utama seorang perawat anestesi pada tahap praoperatif adalah memastikan identitas pasien yang akan dibius dan melakukan medikasi praanestesi. Kemudian pada tahap intraoperatif bertanggung jawab terhadap manajemen pasien, instrumen, dan obat bius serta membantu dokter anestesi dalam proses pembiusan sampai pasien sadar penuh setelah operasi (Muttaqin, 2009).

2.5 Kerangka Konseptual



Gambar 2. 2 Kerangka Konseptual Penelitian

Bagan diatas menjelaskan bahwa peneliti akan meneliti bagian-bagian yang berada dalam kotak tanpa garis putus-putus. Tim bedah terutama perawat yang memimpin fase *time out* pada suatu pembedahan akan menjadi subjek yang akan diteliti yaitu pada kepatuhannya apakah sesuai dengan *checklist* atau belum yang akan dikategorikan menjadi 3 golongan, yaitu baik, cukup baik, dan kurang baik, sedangkan variabel selanjutnya yang diteliti yaitu pada pelaksanaan *time out*, baik penandaan lokasi operasi, proses verifikasi, ataupun pelaksanaan *time out* yang dilakukan sesaat sebelum operasi dimulai yang akan dikategorikan menjadi 3 kategori, yaitu pelaksanaan yang baik, cukup baik, dan kurang baik yang akan menentukan keberhasilan dalam *Safe Surgery Save Lives*. Pelaksanaan *time out* dan kepatuhan akan dipengaruhi oleh pengetahuan, umur, tingkat pendidikan, dan masa kerja yang akan mendukung ataupun menghambat kepatuhan tim bedah maupun pelaksanaan *time out* itu sendiri dan menjadi data penunjang untuk kedua variabel tersebut.

2.6 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara kepatuhan tim bedah dengan pelaksanaan *time out*.

