**BAB II
TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Kepatuhan**

**2.1.1 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).

**2.1.2 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

1. 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:

1. Pengetahuan

Merupakan hasil penginderaan manusia terhadahap objek di luarnya melalui indera-indera yang dimiliki. Pada waktu penginderaan terjadi proses perhatian, persepsi, penghayatan, dan sebagainya terhadap stimulus atau objek diluar subjek (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan proses penginderaan inilah pengetahuan seseorang akan bertambah, sehingga proses kepatuhan seseorang dapat ditingkatkan melalui pengetahuan yang dimliki.

1. Sikap

Menurut Secord dan Backman dalam Saifuddin Azwar (2012) berpendapat bahwa sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi), seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya, sehingga sikap seseorang akan mempengaruhi kepatuhan terhadap suatu hal.

1. 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 dari seorang perawat akan memberi pelayanan yang optimal (Asmadi, 2010). Sebagian besar, tingkat pendidikan yang tinggi akan menambah wawasan seseorang dan berdampak pada tingkat kepatuhan yang dimilikinya.

1. Umur

Usia adalah umur yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Semakin matang usia seseorang tingkat kepatuhan seseorang akan suatu hal akan cenderung konsisten. (Notoatmodjo, 2010)

1. Masa Kerja

Lama bekerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja di suatu tempat (Handoko, 2007). Semakin banyak pengalaman yang didapat biasanya akan menganggap mudah suatu hal dan akan berdampak pada kepatuhan seseorang.

# 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:

1. 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 pelaksananya. Sumber daya yang berkualitas akan meningkatkan kepatuhan yang dimiliki.

1. Standar Operasional Prosedur (SOP)

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. SOP dapat menjadi acuan untuk seseorang agar tetap dalam kepatuhan yang disudah ditetapkan.

**2.1.3 Kriteria Kepatuhan**

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

Patuh adalah suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah ataupun aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dan semuanya benar;

Kurang patuh adalah suatu tindakan yang melaksanakan perintah dan aturannya hanya sebagian dari yang ditetapkan, dan dengan sepenuhnya namun tidak sempurna;

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.

 Menurut Yayasan Spiritia (2006) tingkat kepatuhan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan yaitu:

1. Patuh : 75% – 100%
2. Kurang patuh : 50% - < 75%
3. Tidak patuh : < 50%
	1. **Konsep Pembedahan**

**2.2.1 Definisi Pembedahan**

 Pembedahan atau operasi adalah tindak pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuka sayatan.Setelah bagian yang ditangani ditampilkan, dilakukan tindak perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Perawatan selanjutnya akan termasuk dalam perawatan pascabedah (Sjamsuhidajat & Jong, 2005).

 Pembedahan terdiri atas pembedahan mayor dan pembedahan minor, pembedahan mayor melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh dan menimbulkan resiko yang tinggi bagi kesehatan. Sedangkan pembedahan minor melibatkan perubahan yang kecil pada bagian tubuh, sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas, mengandung resiko yang lebih rendah bila dibandingkan dengan prosedur mayor (Potter & Perry, 2006).

**2.2.2 Klasifikasi Pembedahan**

Pembedahan mungkin dilakukan untuk berbagai alasan. Alasan tersebut mungkin diagnostik, seperti ketika dilakukan biopsi atau laparatomi eksplorasi; dapat juga kuratif, seperti ketika mengeksisi tumor atau mengangkat apendiks yang mengalami inflamasi; kemungkinan juga reparatif, seperti ketika memperbaiki luka multipel; mungkin rekonstuktif atau kosmetik, seperti ketika melakukan mammoplasti atau perbaikan wajah; atau mungkin paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah sebagai contoh ketika selang gastrotomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap ketidak mampuan untuk menelan makanan.

Pembedahan juga dapat diklasifikan sesuai tingkat urgensinya, dengan penggunaan istilah-istilah kedaruratan, urgen, diperlukan, elektif, dan pilihan (Brunner & Suddarth, 2010)

**Tabel 2.1** Kategori pembedahan berdasar tingkat urgensinya menurut Brunner & Suddarth (2010)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klasifikasi** | **Indikasi untuk Pembedahan** | **Contoh** |
| 1. Kedaruratan:

Pasien membutuhkan perhatian segera; gangguan mungkin mengancam jiwa | Tanpa ditunda | Perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka bakar sangat luas |
| 1. Urgen:

Pasien membutuhkan perhatian segera | Dalam 24-30 jam | Infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra |
| 1. Diperlukan:

pasien harus menjalani pembedahan | Dapat direncanakan dalam beberapa bulan atau minggu | Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tiroid, katarak |
| 1. Elektif:

Harus dioperasi ketika diperlukan | Pembedahan dimana jika Tidak dilakukan pembedahan (penundaan) tidak terlalu membahayakan pasien | Perbaikan eskar, hernia sederhana, perbaikan vaginal |
| 1. Pilihan:

Keputusan terletak pada pasien | Pilihan pribadi | Bedah kosmetik |

Klasifikasi Pembedahan menurut Potter & Perry (2006) :

 Jenis prosedur pembedahan diklasifikan 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.

**Tabel 2.2** Klasifikasi prosedur pembedahan menurut Potter & Perry (2006)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jenis** | **Deskripsi** | **Contoh** |
| **Berdasarkan 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 |
| **Berdasarkan Urgensi** |
| 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 | Buniektomi, operasi plastik wajah, perbaikan hernia, rekonstruksi payudara, perbaikan eskar, perbaikan vaginal |
| 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 |
| **Berdasarkan Tujuan** |
| Diagnostik | Bedah eksplorasi untuk memperkuat diagnosis dokter; mungkin termasuk pengangkatan jaringan untuk pemeriksaan diganostik yang lebih lanjut | Laparatomi eksplorasi (insisi rongga peritoneal untuk menginspeksi organ abdomen), biopsi masa payudara |
| Ablatif | Eksisi atau pengangkatan bagian tubuh yang menderita penyakit | Amputasi, pengangkatan appendiks, kolesistektomi |
| Paliatif | Menghilangkan atau mengurangi intensitas gejala penyakit; tidak akan menyembuhkan penyakit | Kolostomi, debridemen jaringan nekrotik, reseksi serabut saraf |
| 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  |

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 :

1. Pembedahan diagnostik, ditunjukkan untuk menentukan sebab terjadinya gejala dari penyakit, seperti biopasi, eksplorasi, dan laparotomi
2. Pembedahan kuratif, dilakukan untuk mengambil bagian dari penyakit, misalnya pembedahan apendioktomi
3. Pembedahan restoratif, dilakukan untuk mengambil bagian dari penyakit, misalnya pembedahan apendiktomi
4. Pembedahan paliatif, dilakukan untuk mengurangi gejala tanpa menyembuhkan penyakit
5. Pembedahan kosmetik, dilakukan untuk memperbaiki bentuk bagian tubuh seperti rhinoplasti

**2.2.3 Fase Pembedahan**

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

1. Fase praoperatif dariperan keperawatan perioperatif dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi
2. 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
3. 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

 Klien bedah datang ke tempat pelayanan kesehatan dengan kondisi kesehatan yang berbeda-beda. Klien mungkin akan datang ke rumah skait 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).

**2.2.4 Unsur Tim Bedah**

 Dalam pelaksanaanya, suatu tindakan operasi selalu dilaksanakan oleh tim bedah. Sesuai dengan standar *safe surgery saves lives,* tindakan pembedahan selalu diikuti oleh dokter bedah, dokter anestesi, perawat dan beberapa teknisi lainnya (WHO, 2009). Pembagian tim bedah yang telah dilaksanakan di sebagian besar dunia adalah sebagai berikut:

Operator

 Operator sering diidentikkan dengan dokter atau 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).

1. Asisten Operator

 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).

1. Dokter Anestesi

 Ahli anestesi (anestesiologi) 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).

1. 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, 2013).

1. Perawat Instrumen

Perawat instrumen berperan dalam memeriksa untuk memastikan bahwa instrumentasi steril dan sesuai, juga fungsi perlengkapan bedah yang tersedia sebelumoperasi 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 (2013) adalah sebagai berikut:

Perawat instrumen menjaga kelengkapan alat instrumen steril yang sesuai dengan jenis operasi.

Perawat instrumen harus selalu mengawasi teknik aseptik dan memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai kebutuhan dan memberinya kembali.

Perawat instrumen harus terbiasa dengan anatomi dasar dan teknik-teknik bedah yang sedang dikerjakan.

Perawat instrumen harus secara terus-menerus mengawasi prosedur untuk mengantisipasi segala kejadian.

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.

Perawat instrumen harus mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan.

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.

Perawat instrumen harus memelihara peralatan dan menghindari kesalahan pemakaiannya.

Perawat instrumen bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan kepada tim bedah mengenai setiap pelanggaran teknik aseptik atau kontaminasi yang terjadi selama pembedahan.

Menghitung kassa, jarum, dan instrumen. Peenghitungan dilakukan sebelum pembedahan dimulai dan sebelum ahli bedah menutup luka operasi.

 Perawat instrument adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberikan wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan alat atau instrumen pembedahan selama tindakan dilakukan. Optimalisasi dari hasil pembedahan akan sangat di dukung oleh peran perawat instrumen. Beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen adalah cara persiapan instrumen berdasarkan tindakan operasi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan (HIPKABI, 2012).

1. 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 aspetik selama pembedahan. Secara umum, menurut Muttaqin (2013) peran dan tanggng jawab perawat sirkulasi adalah sebagai berikut.

* 1. Menjemput pasien dari bagian penerimaan, mengidentifikasi pasien, dan memeriksa formulir persetujuan.
	2. 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.
1. Memeriksa kebersihan dan kerapian ruang operasi sebelum pembedahan. Apabila prosedur ini tidak dilaksanakan, maka dapat mengakibatkan waktu penundaan atau kesulitan dalam pembedahan.
2. Membantu memindahkan pasien ke meja operasi, mengatur posisi pasien, mengatur lampu operasi, dan memasang semua elektorda, monitor, atau alat lain mungkin diperlukan.
3. Membantu tim bedah mengenakan busana (baju dan sarung tangan steril).
4. Tetap di tempat selama prosedur pembedahan untuk mengawasi atau membantu setiap kesulitan yang memerlukan bahan dari area steril.
5. 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.
6. Membuka bungkusan sehingga perawat instrumen dapat mengambil suplai steril.
7. Mempersipakan catatan barang yang digunakan serta penyulit yang terjadi selama pembedahan.
8. Bersama dengan perawat instrumen menghitung jarum, kasa, dan kompres yang digunakan selama pembedahan.
9. Apabila tidak terdapat perawat anestesi, maka perawat sirkulasi membantu ahli anestesi dalam melakukan induksi anestesi.
10. Mengatur pengiriman spesimen biopsi ke laboratorium.
11. Menyediakan suplai alat instrumen dan alat tambahan.
12. Mengeluarkan semua benda yang sudah dipakai dari ruang operasi pada akhir prosedur, memastikan bahwa semua tumpahan dibersihkan, dan mempersiapkan ruang operasi untuk prosedur berikutnya.

 Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat dalam hal ini adalah penghubung antara area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler (Majid, 2011).

* 1. **Konsep *Safe Surgery Saves Lives***

 *Safe surgery saves lives* adalah suatu program bagian dari *patient safety* yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian yang terjadi akibat pembedahan. Tujuan *safe surgery saves lives* untuk meningkatkan keselamatan pasien, mencegah terjadinya kesalahan dalam operasi, mengurangi komplikasi, serta kematian akibat operasi (WHO, 2009).

 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 anastesi 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 terhhadap jumlah, kapasitas, dan hasil pembedahan.

**2.3.1 Konsep *Surgical Safety Checklist***

*Surgical safety checklist* merupakan bagian dari *safe surgery saves lives* yang berupa alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. Tahapan *surgical safety checklist* dibagi menjadi tiga bagian yaitu *sign in*, *time out*, dan *sign out* (WHO, 2009).

**2.3.2 Dasar Hukum Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist***

* 1. Rekomendasi WHO *(World Health Organization)* tentang *patient safety* dan *safe surgical saves lives*.
	2. Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang banyak menekankan pada keselamatan pasien.
	3. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit yang tertuang dalam Bab IV Pasal 8 ayat 1 dan 2 yang isinya adalah:
1. Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
2. Sasaran keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
3. Ketepatan identifikasi pasien
4. Peningkatan komunikasi yang efektif
5. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
6. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
7. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
8. Pengurangan resiko pasien jatuh

**2.3.3 Prinsip Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist***

Dalam pelaksanaan *checklist* selama tindakan operasi, menurut WHO (2009) terdapat beberapa prinsip sebagai berikut:

1. Salah seorang perawat harus menjadi seorang koordinator *checklist,* menurut WHO idealnya adalah perawat sirkuler, namun jika dilakukan oleh yang lain masih diperbolehkan.
2. Implementasi *surgical safety checklist* idealnya dilakukan secara verbal, tidak hanya sesuai observasi dan pengisian, karena dapat meningkatkan risiko terjadi kesalahan dalam pengisian.
3. *Surgical safety checklist* terbagi menjadi tiga periode yakni periode sebelum induksi anestesi (*sign in*), periode setelah induksi anestesi dan sebelum dilakukan insisi (*time out*), dan periode selama penutupan luka atau sebelum pasien dipindahkan dari ruang operasi (*sign out*).
4. Dilakukan pada setiap tindakan operasi, baik elektif maupun *emergency*.
5. Dikatakan tim bedah telah patuh jika poin-poin dalam *checklist* dilaksanakan dengan benar dan *checklist* telah diisi.

**2.3.4 Unsur *Surgical Safety Checklist***

 Menurut WHO dalam *Manual Implementation of Surgical Safety Checklist* (2009) menyebutkan bahwa unsur dari *surgical safety checklist* adalah sebagai berikut:

* 1. *Sign In*

 *Sign in* adalah prosedur yang dilakukan sebelum induksi anastesi prosedur *sign in* idealnya dilakukan oleh tiga komponen, yaitu pasien (bila kondisi sadar/memungkinkan), perawat, dan dokter anastesi (WHO, 2009).

Pada fase *sign in* dilakukan konfirmasi berupa identitas pasien, sisi operasi yang sudah tepat dan telah ditandai, apakah mesin anastesi sudah berfungsi, apakah *pulse oksimeter* pada pasien berfungsi, serta faktor resiko pasien seperti apakah ada reaksi alergi, resiko kesulitan jalan nafas, dan adanya resiko kehilangan darah lebih dari 500ml (WHO, 2009).

 Langkah-langkah *surgical safety checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *sign in* adalah :

1. Apakah identitas pasien telah dikonfirmasi?

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

1. Apakah sisi pembedahan telah dikonfirmasi?

Koordinator *checklist* harus mengkonfirmasi kalau ahli bedah telah melakukan penandaan terhadap sisi operasi bedah pada pasien (biasanya menggunakan marker permanen) untuk pasien dengan kasus 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.

1. 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.

1. 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 maaka ahli bedah anastesi harus mempertimbangkan menunda operasi sampai alat-alat sudah siap sepenuhnya.

1. Apakah pasien memiliki 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

1. 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 jaln nafas sehingga apabila pasien memiliki gejala refluks aktif atau perut penuh, ahli anastesi harus mempersiapkan kemungkianan terjadi aspirasi. Resiko aspirasi dapat dikurangi dengan cara memodifikasi rencana anastesi, misalanya menggunakan teknik induksi cepat dan dengan bantuan asisten memberikan tekanan krikoid selama induksi untuk mengantisipasi aspirasi pasien yang telah dipuasakan enam jam sebelum operasi

1. 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.

* 1. *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 memeperkenalkan 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 denagn resiko tinggi seperti pembedahan. Koordinator harus mengkonfirmasi bahwa semua orang telah diperkenalkan termasuk staf, mahasiswa, atau orang lain

1. 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 kan 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?, 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

1. 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.

1. 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:

1. Untuk dokter bedah : Apa langkah kritis, berapa lama kasus ini dilakukan, dan bagaimana antisipasi kehilangan darah?

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

1. 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, 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”

1. 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

1. Apakah pemeriksaan penunjang berupa foto perlu ditampilkan di kamar operasi?

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

* 1. *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 (WHO, 2009).

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 (WHO, 2009).

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, benar?”

1. 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)

1. 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

1. Apakah ada masalah dengan peralatan?

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 menganggu jalannya pembedahan di lain hari

1. 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

Dengan langkah terakhir ini, *checklist* WHO selesai, jika diinginkan *checklist* dapat ditempatkan dalam catatan pasien atau perlu dipertahankan untuk kualitas ulasan jaminan. Standar *checklist* menurut WHO telah dibakukan pada tahun 2009 (Lampiran 14).

* 1. **Kerangka Konsep Penelitian**

 Faktor kepatuhan

1. Pengetahuan (*knowledge)*
2. Sikap
3. Sumberdaya
4. SOP
5. Pendidikan
6. Masa kerja
7. Umur

Kepatuhan Tim Bedah

1. Dokter Bedah
2. Dokter Anestesi
3. Perawat Instrumen
4. Perawat Sirkuler

Pembedahan Elektif

Pembedahan *Emergency*

Pelaksanaan

*Surgical Safety Checklist* (SSC)

1. *Sign In*
2. *Time Out*
3. *Sign Out*
4. Patuh: jika responden melakukan 25 item dari proses SSC
5. Tidak patuh: jika tidak melakukan 1 atau lebih dari checklist SSC

Keselamatan Pasien

* + - 1. Keselamatan pasien
1. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur tepat-pasien operasi
2. Menurunkan komplikasi kematian akibat pembedahan

**Bagan 2.1** Kerangka Konsep Perbedaan Kepatuhan Tim Bedah dalam

Pelaksanaan *Surgical Safety* antara Pasien Operasi Elektif dan

 *Emergency*

Keterangan:

 Menjadi obyek penelitian

 Tidak menjadi obyek penelitian

 Berpengaruh

 Bagan diatas menjelaskan bahwa peneliti akan meneliti bagian-bagian yang berada di dalam kotak hitam tanpa garis putus-putus. Tim bedah yang terdiri dari dokter bedah, asisten dokter bedah, dokter anestesi, asisten anastesi, perawat instrument, dan perawat sirkuler, memiliki kewajiban untuk patuh dengan standar operasional prosedur yang ada di dalam kamar bedah, salah satunya adalah pelaksanaan *surgical safety* yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Kepatuhan tim bedah sangatlah diperlukan dalam pelaksanaan *surgical safety* yang dilakukan dalam semua operasi, baik elektif, maupun darurat atau *emergency*. Pelaksanaan *surgical safety* yang didasarkan pada *surgical safety checklist* harus mutlak dilakukan oleh tim bedah pada setiap tindakan operasi agar keselamatan pasien dapat ditingkatkan.

* 1. **Hipotesis Penelitian**

 Berdasarkan penelitian yang dilakukan, hipotesis dalam penelitian ini adalah tidak ada perbedaan kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* antara pasien operasi elektif dan *emergency*.