

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2012, keselamatan pasien adalah tidak adanya bahaya yang ditimbulkan yang bisa dicegah kepada pasien selama proses perawatan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan upaya yang terkoordinasi dalam mencegah segala kerusakan yang terjadi pada proses perawatan kesehatan yang terjadi pada pasien.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691 tahun 2011 mengenai keselamatan pasien rumah sakit menjelaskan bahwa keselamatan pasien merupakan sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pada pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi dalam meminimalkan munculnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang diakibatkan oleh kesalahan dalam melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Dari pentingnya keselamatan pasien, *Joint Commission International* (JCI) menetapkan beberapa standart keselamatan pasien yang meliputi identifikasi pasien dengan benar, meningkatkan

komunikasi efektif, menggunakan obat secara aman, ketepatan lokasi prosedur dan tepat pasien, menurunkan resiko infeksi dan mengidentifikasi pasien resiko jatuh (JCI, 2016). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691 tahun 2011 juga menetapkan enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, diantaranya:

1. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi hampir di semua tahapan diagnosis dan pengobatan. Sasaran ini dimaksudkan untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dan untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

2. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dapat dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan serta menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium *cito* melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif melakukan pengembangan kebijakan atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk mencatat perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah yang kemudian penerima perintah membacakan ulang (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan tersebut dan melakukan konfirmasi bahwa apa yang dituliskan dan dibaca ulang telah akurat. Kebijakan dan prosedur identifikasi ini juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan ulang jika tidak memungkinkan hal tersebut dilakukan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU

3. Sasaran III: Penilaian Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High-Alert*)

Bila obat - obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat - obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja misalnya,

kalium klorida 2 meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9% dan magnesium sulfat 50% atau lebih pekat. Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan atau pada keadaan darurat.

4. Sasaran IV: Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi.

Salah lokasi, salah prosedur, pasien salah pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*) dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

5. Sasaran V: Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infection*) dan pneumonia (seringkali berhubungan dengan penggunaan ventilasi mekanis).

Pusat dari pengurangan infeksi ini maupun infeksi yang lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mempunyai proses secara kolaboratif dalam mengembangkan kebijakan atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi.

6. Sasaran VI: Pengurangan Resiko Pasien Jatuh.

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi resiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi resiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol,

gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan.

B. Safe Surgery

Pelayanan pembedahan merupakan pelayanan yang kompleks dan meliputi banyak langkah-langkah yang harus dioptimalkan pada setiap pasien. Untuk meminimalkan komplikasi yang serius hingga kematian, maka tim operasi harus mempunyai 10 dasar tujuan esensial pada setiap kasus pembedahan yang mendukung surgical safety guideline WHO. Untuk pelaksanaan praktis maka diklasifikasikan ke dalam tiga kategori: “*highly Recommended*”: harus ada di setiap pembedahan, “*Recommended*”: dianjurkan ada di setiap pembedahan dan “*Suggested*”: dipertimbangkan di setiap pembedahan (*World Alliance for Patient Safety*, 2008). Adapun 10 dasar tersebut, diantaranya:

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

Highly Recommended: sebelum induksi anestesi, seorang anggota tim harus mengonfirmasi bahwa pasien telah benar diidentifikasi, bisa secara verbal kepada pasien ataupun keluarga pasien dan dengan identifikasi gelang atau identifikasi fisik yang lain yang sesuai. Identitas yang harus dikonfirmasi diantaranya nama, tanggal lahir, alamat dan nomor rekam medis. Selain itu, tim juga harus mengkonfirmasi apakah pasien telah diberikan persetujuan tindakan

- medik untuk prosedur yang akan dilakukan dan mengkonfirmasi lokasi dan prosedur sesuai terhadap pasien tersebut. Operator melakukan penandaan pada lokasi pembedahan terutama pada kasus dengan struktur yang multiple (misalnya jari, kulit, vertebra dan lain-lain). Ahli anaestesi dan perawat harus memeriksa apakah lokasi yang ditandai tersebut telah benar dan menyesuaikan dengan rekam medisnya. Tanda yang diberikan tidak boleh ambigu, misalnya dengan menandai dengan tanda “x”, yang dapat berarti tidak boleh diinsisi atau merupakan tempat yang harusnya dibedah. Terakhir, tim operasi secara bersama-sama memverifikasi pasien, lokasi dan prosedur selama *time out* atau penghentian sementara sebelum insisi kulit. Operator harus mengucapkan dengan kata keras nama pasien, operasi yang akan dilakukan dan sisi atau lokasi pembedahan. Perawat dan ahli anestesi harus terus mengkonfirmasi apakah informasi tersebut benar.
2. Tim akan menggunakan metode yang diketahui untuk mencegah cedera dari pemberian anestesi, termasuk melindungi pasien dari nyeri.

Highly Recommended: komponen pertama dan yang paling penting dari pelayanan peri-anestesi adalah kewaspadaan dan ahli anestesi yang profesional. *Penambahan* oksigen harus disediakan

untuk semua pasien yang menjalani operasi. Oksigenasi jaringan dan perfusi harus dimonitor berkesinambungan menggunakan pulse oxymeter dengan suara yang cukup keras sampai terdengar di seluruh kamar operasi. Jalan nafas yang adekuat dan ventilasi harus dimonitor secara berkesinambungan dengan observasi dan auskultasi. Sirkulasi harus dimonitor secara berkesinambungan dengan aukultasi dan palpasi denyut jantung atau dengan meunjukkan denyut jantung di monittor jantung atau pulse oxymeter. Tekanan darah arteri harus ditentukan minimal setiap lima menit dan lebih sering sesuai indikasi. Rata-rata pengukuran suhu tabuh harus disediakan dan digunakan interval sesuai dengan indikasi klinis. Kedalaman anestesi (derajat kesadaran) harus dinilian secara teratur dengan observasi klinis.

Recomended: konsentrasi oksigen inspirasi harus dimonitor seluruhnya dengan alram *konsentrasi* oksigen rendah. Sebagai tambahan, peralatan untuk mengatasi hipoksia dan suplai oksigen yang gagal juga *harus* menggunakan alarm. Pengukuran terus-menerus dan display karbon dioksida kadaluarsa dan konsentrasi (*capnography*) harus digunakan untuk mengkonfirmasi penempatan yang tepat dari selang intubasi dan juga ventilasi yang adekuat. Konsentrasi agen inhalasi harus diukur secara berkesinambungan. Elektrokardiografi harus digunakan untuk

memonitor denyut jantung. Tersedianya defibrilator dan suhu tubuh harus diukur terus-menerus dengan suhu elektronik. Stimulasi syaraf perifer harus digunakan untuk menilai status paralisis ketika diberikan obat penghambat neuromuskular.

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

Highly Recommended: Semua pasien harus dievaluasi jalan nafasnya secara obyektif sebelum di induksi anestesi, bahkan ketika tidak diperlukan intubasi guna mengidentifikasi kesulitan dalam manajemen *jalan* nafas. Ahli anestesi harus *mempunyai* rencana strategi untuk menangani jalan nafas dan menyiapkan untuk menjalankannya meskipun ketiadaan jalan nafas tidak mungkin terjadi. Ketika ahli anestesi mencurigai jalan nafas yang sulit, bantuan selama induksi harus segera tersedia. Ketika pasien diketahui mempunyai jalan nafas yang sulit, alternatif metode anestesi harus dipertimbangkan, termasuk anestesi regional atau intubasi sadar dibawah anestesi lokal. Semua ahli anestesi harus menjaga ketrampilan manajemen jalan nafas dan familiar dengan berbagai strategi untuk menangani kesulitan jalan nafas. Setelah intubasi, ahli anestesi harus selalu mengkonfirmasi penempatal selang endotrakheal dengan mendengar suara nafas di lambung dan mengawasi oksigenasi pasien dengan pulse oxymeter. Pasien yang menjalankan

pembedahan elektif harus dipuaskan terlebih dahulu sebelum anestesi untuk menghindari aspirasi dari lambung.

Recomended: ahli anestesi harus mengkonfirmasi penempatan selang endotrakheal setelah intubasi dengan capnography. Hasil dari evaluasi jalan nafas dan deskripsi kemudahan atau kesulitan intubasi harus direkam dalam catatan anestesi.

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

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

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

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

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

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

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

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

dengan dosis tunggal dan spektrum antimikroba yang efektif dalam melawan kuman patogen yang biasa mengkontaminasi prosedur. Sebelum insisi kulit, tim harus mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit yang lalu. Setiap fasilitas juga harus disterilasi secara rutin. Sebelum induksi anestesi, perawat atau individu lain yang bertanggung jawab dalam penyiapan alat-alat oembedaha harus mengkonfirmasi sterilitas alat dan mengkomunikasikan masalah yang ada dengan operator dan ahli anestesi. Dosis ulang antibiotik profilaksis harus dipertimbangkan jika prosedur pembedahan berlangsung lebih dari 4 jam atau jika terdapat perdarahan intra operasi yang banyak. Antibiotik untuk profilaksis harus dihentikan 24jam setelah prosedur. Rambut tidak harus diangkat kecuali kalau tercampur dalam lokasi operasi. Jika rambut ingin disingkirkan, maka harus dijepit 2 jam sebelum operasi. Mencukur tidak direkomendasikan karena meningkatkan resiko infeksi di tempat operasi. Pasien pembedahan harus menerima oksigen selama periode peri operasi sesuai dengan kebutuhan. Pengukuran untuk menjaga normothermia harus dilaksanakan pada periode peri operasi. Kulit semua pasien pembedahan harus disiapkan dengan agen antiseptik yang sesuai sebelum pembedahan. Agen antimiroba harus dipilih yang mampu menurunkan jumlah mikroba

kulit secara cepat dan efeknya bertahan selama operasi. Antiseptik tangan operator harus dipastikan dengan sabun antimikroba. Tangan dan lengan atas harus digosok selama 2-5 menit. Jika tangan telah bersih secara fisik, maka agen antiseptik dengan bahan dasar alkohol digunakan untuk antiseptik. Tim operasi harus menutup rambut mereka dan menggunakan baju panjang dan sarung tangan steril selama operasi.

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

Suggested: fraksi inspirasi oksigen yang tinggi (8%), harus diberikan selama operasi dan tambahan oksigen harus diberikan minimal 2 jam setelah *operasi*. Pompa udara tekanan positif harus dipertahankan di kamar operasi. Ruang operasi harus dibersihkan

setelah kasus kotor atau infeksi dan setiap akhir pembedahan setiap harinya. Tim pembedahan harus diberikan edukasi mengenai pencegahan infeksi dan dikontrol setiap tahunnya.

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

Highly Recommended: jumlah kasa, jarum, pisau, alat-alat dan barang-barang lainnya yang cenderung dapat tertinggal dalam ruang tubuh harus dilihat ketika dimasukkan ke ruang peritoneal, retroperitoneal, pelvis dan thorakal. Operator harus melakukan metode eksplorasi luka sebelum menutup setiap ruang anatomi atau luka operasi. Penghitungan jumlah peralatan yang mungkin dapat tertinggal dilakukan minimal saat dimulai dan terakhir pembedahan.

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

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

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

9. Tim akan berkomunikasi secara efektif.

Highly Recommended: sebelum insisi kulit, operator harus memastikan bahwa anggota tim, perawat, ahli anestesi dan asisten pembedahan memperhatikan langkah-langkah *prosedur* yang akan dilakukan, resiko kehilangan darah masif, berbagai peralatan yang diperlukan dan hal lain yang tidak rutin dilakukan. Perawat harus menginformasikan anggota tim tentang keamanan yang perlu diperhatikan dan kurangnya ketersediaan atau persiapan berbagai peralatan khusus. Ahli anestesi harus menginformasikan kepada tim mengenai keamanan yang perlu diperhatikan seperti kesulitan dalam persiapan resusitasi setelah kehilangan darah masif atau keadaan komorbid pasien yang beresiko terhadap prosedur anestesi. Pada kasus bilateral, bagian tubuh multipel (misalnya, jari tangan dan kaki, spinal) maka tim harus mengkonfirmasi mengenai kebutuhan pencitraan dan diletakkan di kamar operasi. Sebelum pasien meninggalkan ruangan, operator harus menginformasikan anggota-anggota tim berbagai pergantian yang dibuat pada prosedur yang akan dijalankan, berbagai masalah yang mungkin terjadi setelah post operasi dan rencana esensial post operasi (misalnya antibiotik, profilaksis tromboemboli vena, intake oral dan perawatan luka maupun drain). Ahli anestesi merangsungkan kondisi klinis pasien

selama operasi dan instruksi lainnya yang diperlukan untuk memastikan keamanan pemulihan. Perawat harus memberitahukan tim mengenai tambahan perhatian yang harus ada selama operasi atau masa pemulihan.

Keakuratan dan kelengkapan rekam medis pembedahan harus dijaga. Semua rekam medis pasien harus:

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

Informasi yang direkam oleh operator dalam catatan pembedahan minimal nama prosedur utama yang dilakukan dan prosedur sekunder, nama dari asistensi, rincian prosedur dan jumlah darah yang hilang selama operasi. Informasi yang *direkam* oleh anestesi harus meliputi minimal tanda vital intra operasi, medikasi

dan cairan yang diberikan intra operasi dan kejadian intra operasi atau selama pasien instabilitas. Informasi yang direkam oleh perawat minimal harus mencakup jumlah kasa, jarum, pisau dan instrumen lainnya, nama dan posisi personel yang menghitung. Jika tidak dilakukan penghitungan maka ditulis alasannya.

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

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

Recommended: data harus dikumpulkan secara sistematis berupa jumlah kamar operasi berdasarkan lokasi (rawat inap dan rawat jalan), umum atau pribadi, jumlah operator terlatih berdasarkan spesialisasi (bedah umum, obstetri dan ginekologi, *bedah* saraf, ahli mata, ahli telinga hidung tenggorokan, ahli bedah tulang dan urologi), jumlah penyedia pembedahan lain (residen, pegawai medis, dokter muda), jumlah ahli anestesi terlatih (ahli anestesi, perawat anestesi, pegawai

anestesi), jumlah perawat peri operasi, jumlah prosedur pembedahan yang dilakukan di kamar operasi (emergency atau elektif), proporsi kematian saat hari pembedahan dengan 10 besar prosedur tersering di negara, dan proporsi angka kematian rawat inap setelah prosedur pembedahan dengan 10 besar prosedur tersering di negara. Untuk surveilans yang lebih rinci di tingkat rumah sakit dan praktisi adalah data mengenai infeksi di lokasi pembedahan dan skor APGAR pembedahan.

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

C. Surgical Safety Checklist

Surgical Safety Checklist dibuat dan disusun oleh *World Health Organization* (WHO) yang bertujuan supaya membantu tim operasi dalam mengurangi angka kejadian tidak diharapkan (KTD). Pembuatan checklist ini sendiri sebelumnya telah berkonsultasi dengan para ahli bedah, ahli anestesi dan perawat, untuk mengidentifikasi hal hal penting dalam tindakan keselamatan operasi. Tujuan program ini untuk mengatasi isu-isu keselamatan pasien termasuk tidak memadainya keselamatan pasien dalam tindakan anestesi, menghindari infeksi nosokomial, meningkatkan komunikasi saat operasi diantara anggota tim. Tim operasi

harus berlatih menggunakan checklist, dan mengintegrasikannya ke dalam alur kerja di ruang operasi.

Tujuan utama dari pembuatan dan penerapan *surgical safety checklist* sendiri adalah untuk menurunkan kejadian yang tidak diinginkan di kamar operasi (WHO, 2009). Dalam prakteknya checklist ini berfungsi juga untuk memperkuat/membina kerjasama dan komunikasi yang lebih dari diantara tim operasi, membantu memastikan setiap langkah yang ada di checklist telah dijalankan secara konsisten sehingga meminimalkan dan menghindari resiko cedera terhadap pasien. Checklist memberikan panduan dengan cara melakukan interaksi secara lisan (komunikasi) kepada seluruh tim untuk mengkonfirmasi apakah standart pelayanan sudah sesuai untuk setiap pasien yang akan dioperasi.

Komunikasi diantara tim operasi sangatlah penting, dikarenakan kegagalan komunikasi seorang dokter bedah terhadap tim operasi merupakan penyebab yang sangat sering dan menyebabkan kejadian tidak diinginkan sebesar 31%. Komunikasi yang gagal tersebut dapat menyebabkan penundaan perawatan pasien sebesar 77% dan sebanyak 48% waktu tim operasi terbuang sia-sia (Williams, *et al.*, 2007). Selain dari komunikasi, kerjasama tim yang kurang baik juga berhubungan dengan peningkatan komplikasi dan kematian (Mazzoko, *et al.*, 2009).

Dalam pelaksanaannya, pengisian checklist harus diwakili oleh seorang koordinator. Koordinator bertugas untuk memimpin checklist dan harus mengkonfirmasi apakah setiap tahapannya sudah dilaksanakan sebelum melanjutkan ke tahapan berikutnya. Semua langkah pada checklist harus tepat dilaksanakan oleh anggota tim dan diperiksa secara lisan untuk memastikan bahwa tindakan utama telah dilakukan.

Surgical safety checklist sendiri terbagi menjadi tiga tahap, diantaranya: sebelum dilakukan induksi anestesi (*sign in*), setelah induksi dan sebelum dilakukan sayatan bedah (*time out*), dan periode selama atau segera setelah penutupan luka dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*sign out*). Pada setiap tahapan yang ada, koordinator checklist harus melakukan konfirmasi kepada tim bahwa telah diselesaikan tugasnya sebelum melakukan tindakan lebih lanjut.

1. Sebelum Induksi Anestesi (*Sign In*)

Koordinator checklist dapat menyelesaikan sekaligus atau dilakukan secara berurutan tergantung alur dari persiapan untuk anestesi, rincian untuk setiap langkah-langkah dalam kolom “*Sign In*” adalah sebagai berikut:

- a. Perawat di ruang serah terima Instalasi Bedah Sentral (IBS) mengkonfirmasi kepada pasien terkait identitas, sisi yang akan dioperasi, prosedur operasi dan persetujuan tindakan. Setelah dinyatakan lengkap, pasien akan dibawa memasuki ruang operasi.

Ketika konfirmasi pada pasien tidak bisa dilakukan, misalkan pada kasus anak-anak dan tidak mampu, bisa digantikan dengan keluarga pasien atau wali pasien dan jika dalam keadaan darurat dimana tidak ada keluarga pasien atau wali pasien, kotak ini bisa dibiarkan tidak terisi.

b. Sisi yang akan dioperasi sudah ditandai.

Koordinator checklist harus mengkonfirmasi bahwa dokter bedah yang akan melakukan operasi telah menandai sisi yang akan dioperasi, dalam kasus yang melibatkan lateralitas (perbedaan kanan atau kiri) atau beberapa struktur atau tingkat (misalnya jari tertentu, jari kaki, lesi kulit, tulang belakang). Penanda lokasi untuk struktur garis tengah (misalnya tiroid) atau struktural (misalnya limpa) akan mengikuti kebiasaan setempat. Bagaimanapun dengan memberikan tanda pada medan yang akan dioperasi akan membantu mengkonfirmasi letak dan prosedur operasi yang benar. Menurut Clarke *et al.*, (2007), terjadinya kesalahan pada tahapan *Sign In* yang dapat membuat operasi salah sisi, sehingga tahapan ini harus dikerjakan dengan konsisten.

c. Mesin dan obat-obatan anestesi sudah diperiksa secara lengkap.

Koordinator melengkapi langkah berikutnya dengan menanyakan kepada dokter anestesi terkait tentang pemeriksaan

peralatan anestesi, sistem pernafasan (termasuk oksigen dan inhalasi), penghisap, apakah berfungsi dengan baik, serta memeriksa ketersediaan obat dan resiko anestesi terhadap setiap kasus.

- d. Pulse Oxymetri sudah terpasang dan berfungsi.

Koordinator checklist melakukan konfirmasi sebelum induksi anestesi, mengenai pulse oxymetri apakah sudah terpasang pada pasien dan berfungsi dengan baik atau belum.

- e. Apakah pasien mempunyai alergi.

Koordinator checklist menanyakan kepada dokter aneastesi, apakah pasien memiliki riwayat alergi yang sudah diketahui, jika ada, sebutkan jenis alaerginya. Dokter anestesi harus mengetahui jika ada riwayat alergi pada pasien dan apakah adanya alergi bisa menimbulkan resiko pada pasien.

- f. Apakah pasien memiliki resiko aspirasi?

Koordinator harus mengkonfirmasi secara lisan kepada dokter anestesi apakah pasien memiliki kesulitan jalan nafas. Kematian karena kehabisan nafas selama anestesi masih menjadi bencana global tetapi masih bisa dicegah degan perencanaan yang tepat. Resiko aspirasi juga menjadi salah satu penilaian untuk menilai jalan nafas. Seperti contoh, jika pasien mengalami gejala

refluk aktif atau perut yang penuh , maka dokter anestesi harus mempersiapkan untuk kemungkinan terjadinya aspirasi. Resiko terjadinya aspirasi dapat dikurangi dengan memodifikasi rencana anestesi, misalnya dengan penggunaan tehnik induksi cepat atau dengan meminta bantuan asisten untuk memberikan tekanan pada kartilago cricoid selama induksi.

- g. Apakah pasien memiliki resiko kekurangan darah lebih dari 500ml (7 ml/kg pada anak) ?

Kehilangan darah merupakan salah satu bahaya yang paling umum terjadi yang dapat mengakibatkan syok hipovolemik. Syok hipovolemik ini terjadi ketika tubuh pasien mengalami kehilangan darah lebih dari 500ml (7 ml/kg pada anak-anak). Pasien yang memiliki resiko kehilangan darah lebih dari 500ml harus dipersiapkan darah sehari sebelum dilakukan operasi, supaya dapat dilakukannya transfusi jika memungkinkan. Dokter anaestesi juga akan mempersiapkan infus 2 jalur atau kateter vena sentral untuk melakukan resusitasi.

2. Sebelum Insisi Kulit (*Time Out*)

- a. Konfirmasi identitas tim bedah.

Melakukan konfrimasi tim bedah dengan cara memperkenalkan diri beserta peran atau tugas masing-masing.

- b. Dokter bedah, dokter anestesi dan perawat secara lisan melakukan konfirmasi terkait dengan nama pasien, prosedur dan lokasi insisi akan dibuat. Langkah ini adalah standart "*Time Out*" untuk menghindari operasi pada pasien yang salah atau lokasi operasi yang salah.
- c. Mengantisipasi kejadian kritis.
- d. Review dokter bedah: bagaimana penanggulangan fase kritis atau kejadian tak tertugas, waktu operasi yang lama dan mengantisipasi hilangnya darah?

Melakukan diskusi langkah-langkah kritis untuk meminimalkan resiko pembedahan yang nantinya dapat terjadi dan juga menyampaikannya kepada semua tim. Pasien dan keluarga juga diberikan penjelasan mengenai resiko operasi dan adanya perubahan tindakan yang dapat terjadi saat operasi sebelum tindakan dimulai.

- e. Review tim anestesi: apakah ada kekhawatiran khusus pada pasien?

Tim anestesi harus memperhatikan penyakit penyerta atau riwayat penyakit pasien, rencana tindakan untuk resusitasi, penggunaan darah pada pasien yan beresiko kehilangan darah dan ketidakstabilan hemodinamik atau lainnya.

- f. Review tim keperawatan: apakah sterilitas alat (termasuk indikator hasil) telah dikonfirmasi? Apakah ada masalah pada peralatan atau apapun?

Perawat melakukan konfirmasi kepada dokter bedah mengenai alat-alat yang diperlukan sehingga perawat memastikan instrumen dikamar operasi telah steril dan lengkap sesuai dengan yang diperlukan.

- g. Apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan dalam 60 menit terakhir?

Untuk hal ini, Dokter anestesi adalah seorang yang memiliki tanggung jawab pada pemberian antibiotik profilaksi (WHO,2009). Jika pemberian antibiotik profilaksis lebih dari 60 menit sebelum tindakan maka tim bedah harus mempertimbangkan untuk memberikan antibiotik ulang pada pasien.

3. Sebelum Mengeluarkan Pasien dari Ruang Operasi (*Sign Out*)

- a. *Procedure recorded*

Koordinator checklist melakukan konfirmasi kepada dokter bedah dan tim mengenai prosedur yang sudah dilakukan.

- b. *Penghitungan* instrumen, kasa dan jarum.

Secara lisan, perawat memberitahukan kelengkapan instrumen kepada tim, jika jumlah tidak tepat maka, anggota tim

memeriksa di lipatan kain operasi, tempat sekitarnya dan bila perlu sampai tempat sampah.

- c. Jika *terdapat spesimen* harus diberikan pelabelan.

Spesimen yang diambil saat operasi digunakan untuk diagnostik patalogi, dimana harus dilakukan pelabelan supaya tidak tertukar dengan yang lainnya dan jelas. Perawat sirkuler dan dokter bedah membuat label pada spesimen yang diperoleh selama prosedur operasi dengan cara membuat pengantar patologi dan menggambarkan bentuk dari ciri spesimen.

- d. *Apakah* ada masalah dengan peralatan selama operasi.

- e. Dokter bedah, dokter anestesi dan perawat melakukan review masalah utama yang harus diperhatikan untuk penanganan selanjutnya yaitu pada fase perawatan dan penyembuhan setelah operasi

Sebelum pasien dikeluarkan dari ruang operasi anggota tim akan melakukan pemeriksaan keselamatan pasien. Setelah pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang rawat inap, maka anggota tim bedah memberikan transfer informasi terkait pasien kepada perawat yang bertanggung jawab diruang pemulihan. Tujuan utama dari transfer informasi ini adalah melakukan efisiensi dan ketepatan pemberian informasi penting untuk seluruh tim (*Surgery & Lives*, 2008).

D. Penelitian Sebelumnya

1. Penelitian oleh Merina (2011) meneliti tentang *penggunaan surgical safety checklist pada prosedur penatalaksanaan pembedahan di kamar operasi BLUD RSUD Meuraxa kota Banda Aceh*. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan cross sectional. Penelitian yang telah dilakukan mempunyai perbedaan dengan penelitian yang peneliti lakukan yaitu pada tempat penelitian dan metode penelitiannya.
2. Penelitian oleh Siagian (2011) meneliti tentang *pelaksanaan surgical patient safety terhadap adverse event pasca operasi bedah digestif*. Penelitian ini merupakan penelitian prospektif observasional dengan rancangan longitudinal studi. Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang akan dilakukan, yaitu penggunaan checklist yang dikaitkan dengan adverse event. Sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan peneliti hanya menilai target capaian pengisian checklist.
3. Penelitian oleh Sari dan Rosa (2015) meneliti tentang Implementasi *Surgical Safety Checklist (Sign In)* di ruang operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan design *action research*. Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang akan dilakukan, yaitu pada komponen *surgical safety checklist* dan tempat penelitian.

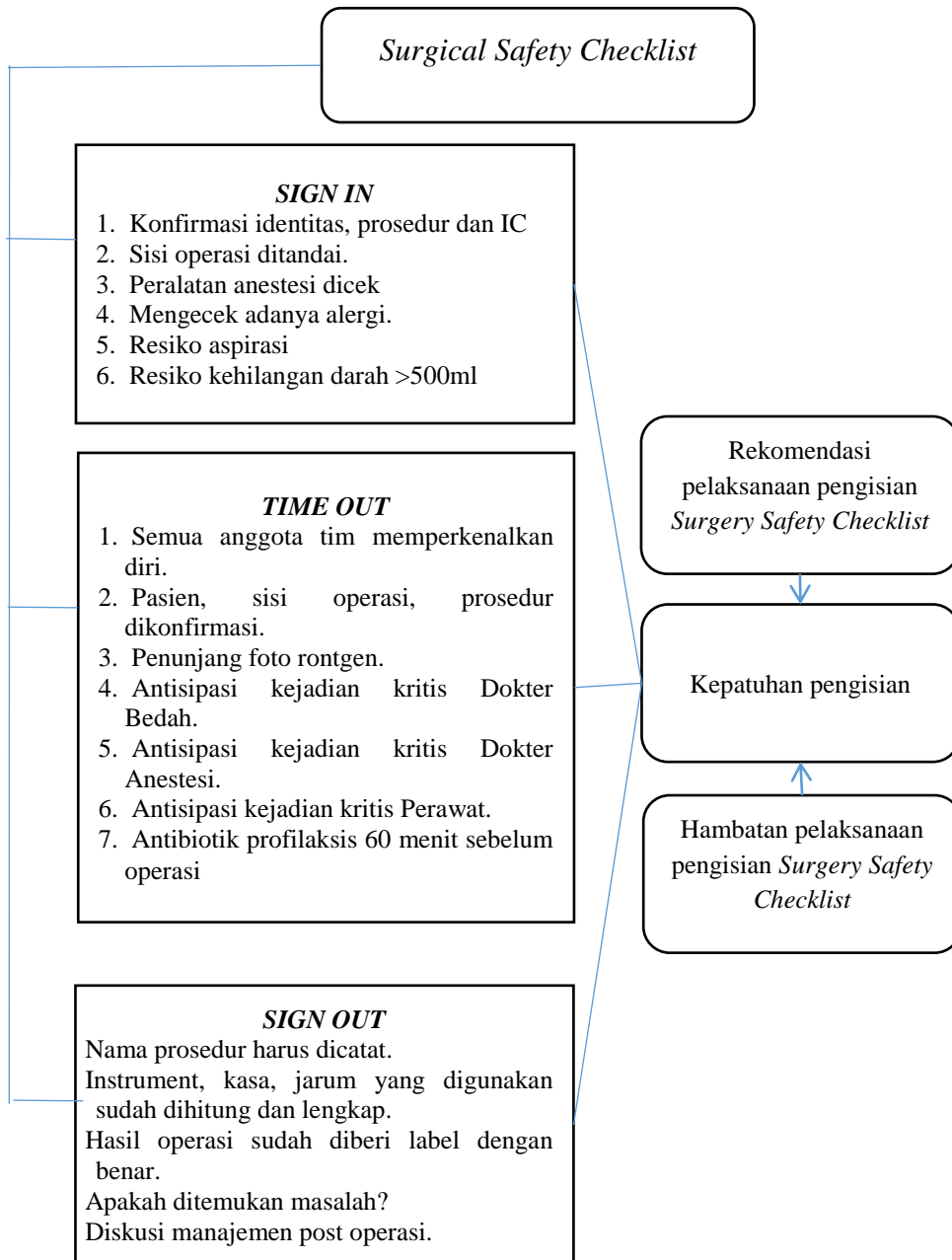
4. Penelitian oleh Saputra dan Rosa (2015) meneliti tentang pengisian *sign in* dalam meningkatkan kepatuhan *safe surgery* di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit I. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan *action research*. Penelitian yang telah dilakukan mempunyai perbedaan dengan penelitian yang peneliti lakukan yaitu pada komponen *surgical safety checklist* dan tempat penelitian.

E. Landasan Teori

Keselamatan pasien atau *patient safety* adalah sebuah sistem di rumah sakit yang bertujuan untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Penerapan pasien safety dalam tindakan pembedahan sangatlah penting yang bertujuan untuk mencegah komplikasi dan kematian pada pasien, sehingga WHO membuat Surgical Safety Checklist (SSC) yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien pada tindakan pembedahan serta menurunkan komplikasi dan kematian karena tindakan pembedahan.

Surgical safety checklist sendiri terdapat tiga tahapan, didalamnya diantaranya: sebelum dilakukan induksi anestesi (*Sign In*), setelah induksi dan sebelum dilakukan sayatan bedah (*Time Out*) dan periode selama atau segera setelah penutupan luka dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*Sign Out*). Checklist ini juga menjadi sebuah alat untuk membina kerjasama dan komunikasi yang lebih baik diantara tim operasi.

F. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

G. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana kepatuhan melakukan pengisian *Surgical Safety Checklist* pada fase *Sign In* di Rumah Sakit Nur Rohmah?
2. Bagaimana kepatuhan melakukan pengisian *Surgical Safety Checklist* pada fase *Time Out* di Rumah Sakit Nur Rohmah?
3. Bagaimana kepatuhan melakukan pengisian *Surgical Safety Checklist* pada fase *Sign Out* di Rumah Sakit Nur Rohmah?
4. Apa saja hambatan pelaksanaan pengisian *Surgery Safety Checklist* di Rumah Sakit Nur Rohmah?
5. Apa saja rekomendasi pelaksanaan pengisian *Surgery Safety Checklist* di Rumah Sakit Nur Rohmah?