

BAB 2

STUDI LITERATUR

2.1 Kepatuhan

Salah satu studi yang paling terkenal tentang teori *obedience* (kepatuhan) dikemukakan oleh Milgram (1963). Teori *obedience* (Milgram, 1963) menyatakan bahwa individu cenderung patuh pada individu lain dalam posisi otoritas. Adanya kepatuhan ini mengakibatkan individu dapat melakukan hal-hal yang tidak etis sesuai otoritas atasannya.

2.1.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia memiliki arti kesetiaan, ketaatan, atau loyalitas. Sedangkan menurut *Oxford English Dictionary*, kepatuhan merupakan sebuah tindakan yang sesuai dengan, atau hasil dari sebuah hasrat, permohonan, kondisi, petunjuk, dan mengabdikan sebuah instruksi. Kepatuhan disebut juga *compliance* atau *adherence* yang berasal dari bahasa Latin *complire* yang bermakna untuk memenuhi dan menyelesaikan sebuah tindakan, transaksi, atau proses, serta untuk memenuhi sebuah janji (Aronson *et al.*, 2007). Efstathiou *et al.* (2011) menawarkan definisi yang luas dari kepatuhan dalam tatacara pelayanan kesehatan. Berdasarkan definisi tersebut, kepatuhan adalah tingkatan dari perilaku tertentu (contoh: menuruti perintah dokter atau menerapkan gaya hidup sehat) yang sesuai dengan instruksi dokter atau nasehat pelayanan kesehatan.

Teori kepatuhan awalnya diperkenalkan oleh Stanley Milgram yang menyebutkan bahwa kepatuhan merupakan sebagian bentuk dari persesuaian (*conformity*). Stanley Milgram merupakan psikolog di Universitas Yale, ia meneliti tentang perselisihan antara kepatuhan dan suara hati seseorang. Dalam penelitian tersebut ia menggunakan konsep *teacher-learner*, dimana ia meneliti seseorang yang berperan sebagai guru yang sedang menguji orang yang sebenarnya adalah orang suruhan Milgram. Apabila sang *learner* tersebut salah dalam menyebutkan kata yang sudah diajarkan sebelumnya maka ia akan dialiri arus listrik 15-450 volt. Hasilnya sangat mencengangkan yaitu 65% responden dapat melanjutkan untuk menekan tombol hingga 450 volt. Kesimpulannya adalah orang cenderung akan mematuhi perintah orang yang memiliki kekuasaan bahkan apabila harus membunuh manusia yang tidak bersalah. Milgram juga melakukan beberapa variasi dalam penelitiannya, mulai dari lokasi penelitian, penampilan peneliti, status kekuasaan, dll. Dimana semua faktor tersebut mempengaruhi hasil dari kepatuhan responden (Bocchiaro dan Zamperini, 2012). Munro *et al.* (2007) menyatakan ada 5 teori utama berkaitan dengan kepatuhan, yaitu *biomedical*, *behavioural*, *communication*, *cognitive*, dan *self-regulatory*.

1. *The Biomedical Perspective*

Teori *The Biomedical Perspective* menjelaskan bahwa pasien diasumsikan sebagai penerima yang pasif instruksi dari dokter. Sehat atau sakit diusut berdasarkan penyebab biomedisnya seperti bacteria atau virus, dan penatalaksanaanya fokus kepada badan pasien. Ketidakepatuhan biasanya timbul berkaitan dengan obat yang diresepkan dokter ke pasien. Hal ini dapat dimengerti dikarenakan adanya perbedaan

karakter setiap pasien berbeda, seperti usia dan jenis kelamin pasien. Keterbatasan yang mendasar dari teori ini adalah bahwa teori ini mengabaikan faktor diluar tubuh pasien yang mungkin berpengaruh pada *health behavior* pasien. Misalnya yaitu pandangan pasien terhadap penyakitnya, pengaruh *psycho-social*, dan pengaruh dari lingkungan sosial ekonomi pasien itu sendiri. Oleh karena itu teori ini telah diintegrasikan dengan “*Biopsychosocio-environmental Theory*” dimana dapat mencakup lebih luas tentang lingkungan sosialnya.

2. *Behavioural (Learning) Perspective*

Teori ini fokus kepada lingkungan dan mengajarkan skill untuk mengatur kepatuhan. Teori ini memiliki karakteristik berupa penggunaan prinsip sebab dan akibat serta pengaruhnya terhadap lingkungan. Sebab adalah dapat berasal dari internal (pikiran) dan eksternal (lingkungan). Sedangkan akibat atau konsekuensi dapat berupa penghargaan dan hukuman atas perilaku seseorang. Teori ini dikritik karena kurangnya pendekatan individu karena tidak mempertimbangkan perilaku masa lalu dan kebiasaan.

3. *Communication Perspective*

Komunikasi merupakan landasan disetiap hubungan dokter-pasien. Pada teori ini mengemukakan bahwa peningkatan komunikasi *provider-client* akan meningkatkan kepatuhan dan secara tidak langsung menyatakan bahwa teori ini dapat dicapai melalui edukasi terhadap pasien dan ketrampilan komunikasi yang baik oleh petugas kesehatan.

4. *Cognitive Perspective*

Teori kognitif mencakup teori *Health Belief Model* (HBM), *Social-Cognitive Theory* (SCT), *The Theories Of Reasoned Action* (TRA) and *The Planned Behavior* (TPB) and *The Protection Motivation Theory* (PMT). Teori ini fokus kepada variable kognitif sebagai bagian dari perubahan perilaku dan sama-sama diasumsikan sebagai sikap dan kepercayaan.

5. *Self-regulation Perspective*

Teori ini mengembangkan hal yang berhubungan dengan proses kepatuhan yang fokus terhadap pasien. Teori ini mengemukakan bahwa penting untuk menguji pengalaman subjektif seseorang terhadap ancaman kesehatan yang bertujuan untuk membuatnya mengerti cara untuk menyesuaikan diri dengan ancaman tersebut. Sehingga teori ini berlandaskan asumsi bahwa seseorang termotivasi untuk menghindari dan mengobati ancaman penyakit dan seseorang tersebut aktif dan mengatur dirinya sendiri dalam menyelesaikan masalah.

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan pada percobaan yang dilakukan Milgram adalah sebagai berikut.

1. Status Lokasi

Menurut Shaw (1979) kepatuhan berhubungan dengan prestige seseorang di mata orang lain. Demikian juga dengan lokasi. Apabila seseorang percaya bahwa lembaga yang menyelenggarakan penelitian adalah lembaga yang memiliki status keabsahan, prestise, dan kehormatan, maka lembaga atau organisasi tersebut akan dipatuhi oleh anggota organisasi.

Prestige adalah reputasi atau pengaruh yang timbul dari keberhasilan, prestasi, pangkat, atau atribut lain yang menguntungkan. Perbedaan atau reputasi yang melekat pada seseorang atau sesuatu dan dengan demikian memiliki cap untuk orang lain atau untuk masyarakat.

Eksperimen Milgram dilakukan di lokasi penting yang dihormati yakni Yale University (Encina, 2004). Disini kepatuhan terhadap eksperimen Milgram mendapatkan kepatuhan sebesar 68%. Ketika studi Milgram yang dilakukan di tempat biasa di luar universitas, tingkat kepatuhan menurun menjadi hanya 20%. Hal ini menunjukkan bahwa prestise terhadap organisasi dapat meningkatkan kepatuhan.

2. Tanggung Jawab Personal

Bertanggung jawab menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia adalah berkewajiban menanggung, memikul jawab, menanggung segala sesuatunya, atau memberikan jawab dan menanggung akibatnya. Manusia yang bertanggung jawab adalah manusia yang dapat menyatakan diri sendiri bahwa tindakannya itu baik dalam arti menurut norma umum, sebab baik menurut seseorang belum tentu baik menurut pendapat orang lain. Dengan kata lain, tanggung jawab adalah kesadaran manusia akan tingkah laku atau perbuatannya yang disengaja maupun yang tidak disengaja. Pada percobaan Milgram, didapatkan bahwa ketika tanggung jawab personal berkurang maka ketaatan meningkat. Hal ini berhubungan dengan teori agency Milgram yang menyatakan bahwa kepatuhan dapat diciptakan melalui seseorang yang memasuki status sebagai agen (agentic state) dimana terdapat pengalihan tanggung jawab dimana tanggung jawab dari seseorang ini dilepaskan dan diberikan kepada figur otoritas selaku pemberi perintah.

3. Legitimasi Figur Otoritas (Keabsahan Figur Otoritas)

Legitimasi dapat diartikan seberapa jauh masyarakat mau menerima dan mengakui kewenangan, keputusan atau kebijakan yang diambil oleh seorang pemimpin. Faktor penting yang dapat menimbulkan kepatuhan sukarela adalah penerimaan seseorang akan ideologi yang mengabsahkan kekuasaan orang yang berkuasa dan membenarkan intruksinya.

Menurut Anderson (2008), kekuasaan bisa menjadi legitimate (sah) apabila diterima oleh anggota dari masyarakat. Otoritas adalah kekuasaan yang diterima oleh orang lain sebagai keabsahan atau sesuatu yang sah yang muncul dari pelaksanaan kekuasaan dan kepercayaan konstituen bahwa kekuasaan itu sah.

Konsep otoritas yang sah berhubungan erat dengan konsep kekuasaan. Kekuasaan pada dasarnya adalah kapasitas untuk mempengaruhi perilaku dari anggota-anggota lainnya di dalam masyarakat. Namun otoritas tidak hanya mengenai kekuasaan saja, karena tergantung kepada pengakuan (recognition) dari anggota-anggota “kelas bawah” (subordinate members) dalam masyarakat sehingga seseorang yang mempunyai otoritas dapat secara legitimate memberikan resep (prescribe) tentang pola-pola perilaku yang harus diikuti oleh individu-individu di dalam masyarakat.

Adanya otoritas yang sah yang dimiliki atasan akan membuat bawahan taat kepada atasan dan perintahnya. Jika bawahan menyadari akan otoritas sah pimpinannya maka hal itu akan membuat anggota taat terhadap perintah dan aturan yang ada.

4. Status Figur Otoritas

Status adalah tingkatan dalam sebuah kelompok. Status sosial adalah kedudukan social seseorang dalam kelompok masyarakat (meliputi keseluruhan posisi sosial yang terdapat dalam kelompok masyarakat). Status dibagi menjadi 3 yaitu Ascribed Status, Achieved Status, Assigned Status. Seseorang yang memiliki status dan kekuasaan social lebih tinggi akan lebih dipatuhi daripada seseorang dengan status sosial yang sama. Dalam perobaan yang dilakukan Milgram ditemukan bahwa orang lebih patuh jika seseorang yang memberikan perintah adalah orang yang terlihat profesional.

Simbol status adalah penggunaan symbol atau lambang untuk menunjukkan kedudukan seseorang dalam masyarakat yang diwujudkan dalam bentuk tingkah laku sesuai dengan status yang dimilikinya. Saat pemberi perintah adalah orang biasa, kepatuhan menurun ke tingkat 20%. Hal ini mengindikasikan bahwa peran sosial seseorang memiliki kewenangan yang cukup dan prestise untuk mengamankan ketaatan, terlepas dari konteks social (Kokot, 2001). Peranan sosial merupakan aspek yang timbul dari status (kedudukan). Peranan adalah perilaku yang diharapkan oleh pihak lain dalam melaksanakan kewajiban sesuai dengan status yang dimilikinya. Status dan peranan tidak dapat dipisahkan karena peranan selalu melekat sesuai dengan status yang diembannya.

5. Dukungan Sesama Rekan

Seseorang cenderung berperilaku sama dengan rekan atau sesama dalam lingkungan sosialnya. Orang cenderung bersama sesuai dengan kelompok sosialnya misalnya umur, jenis kelamin, ras, agama, hobi, pekerjaan cenderung bertindak dan

berperilaku seperti anggota dari kelompok tersebut. Salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan adalah kehadiran atau keberadaan rekan yang menolak untuk patuh (Encina, 2004). Jika seseorang memiliki dukungan sosial dari teman mereka yang tidak patuh, maka kepatuhan juga cenderung berkurang. Lingkungan yang tidak patuh akan memudahkan seseorang untuk berbuat ketidakpatuhan sehingga sama dengan lingkungannya meskipun kepatuhan adalah sesuatu yang penting (Fernald, 2007).

6. Kedekatan Figur Otoritas

Salah satu faktor yang jelas dalam percobaan Milgram tentang kepatuhan ini adalah kehadiran atau pengawasan langsung dari seorang figur otoritas. Bila seorang figur otoritas meninggalkan ruangan dan memberikan intruksinya lewat telepon, kepatuhan akan menurun (Atkinson, 1983). Lebih mudah untuk melawan perintah dari figur otoritas jika mereka tidak dekat (Dewey, 2007). Sebaliknya, ketika sosok otoritas dekat maka ketaatan adalah cenderung lebih tinggi. Dengan kehadiran figur otoritas, maka dapat mengawasi secara langsung dan memberikan instruksi langsung mengenai prosedur dan juga arahan mengenai apa yang harus dilakukan.

2.1.3 Pengukuran kepatuhan

Pengukuran kepatuhan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu kuisioner dan survei. Kuisioner dibuat berdasarkan indikator-indikator yang telah dipilih. Indikator tersebut sangat penting untuk menjadi ukuran tentang standar dan penyimpangan dinilai dari ambang batas standar tersebut. Sedangkan survei merupakan pengukuran kepatuhan dengan observasi atau pengamatan terhadap suatu tindakan.

2.2 Konsep Preoperatif

Fase preoperatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien sebelum dilakukan pembedahan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan.

2.2.1 Pengertian

Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh. Preoperatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer and Bare, 2002).

2.2.2 Tipe Pembedahan

1. Menurut fungsinya (tujuannya), Potter & Perry (2005) membagi menjadi:
 - 1) Diagnostik : biopsi, laparotomi eksplorasi
 - 2) Kuratif (ablatif) : tumor, appendiktomi
 - 3) Reparatif : memperbaiki luka multiple
 - 4) Rekonstruktif : mamoplasti, perbaikan wajah.
 - 5) Paliatif : menghilangkan nyeri,

6) Transplantasi : penanaman organ tubuh untuk menggantikan organ atau struktur tubuh yang malfungsi (cangkok ginjal, kornea).

Sedangkan Smeltzer and Bare (2001), membagi operasi menurut tingkat urgensi dan luas atau tingkat resiko.

2. Menurut tingkat urgensinya :

1) Kedaruratan

Klien membutuhkan perhatian dengan segera, gangguan yang diakibatkannya diperkirakan dapat mengancam jiwa (kematian atau kecacatan fisik), tidak dapat ditunda.

2) Urgen

Klien membutuhkan perhatian segera, dilaksanakan dalam 24 – 30 jam.

3) Diperlukan

Klien harus menjalani pembedahan, direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan.

4) Elektif

Klien harus dioperasi ketika diperlukan, tidak terlalu membahayakan jika tidak dilakukan.

5) Pilihan

Keputusan operasi atau tidaknya tergantung kepada klien (pilihan pribadi klien).

3. Menurut Luas atau Tingkat Resiko :

1) Mayor

Operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai tingkat resiko yang tinggi terhadap kelangsungan hidup klien.

2) Minor

Operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor.

2.2.3 Faktor Resiko Terhadap Pembedahan

Menurut Potter & Perry (2005) antara lain :

1. Usia

Pasien dengan usia yang terlalu muda (bayi/anak-anak) dan usia lanjut mempunyai resiko lebih besar. Hal ini diakibatkan cadangan fisiologis pada usia tua sudah sangat menurun, sedangkan pada bayi dan anak-anak disebabkan oleh karena belum matur-nya semua fungsi organ.

2. Nutrisi

Kondisi malnutrisi dan obesitas/kegemukan lebih beresiko terhadap pembedahan dibandingkan dengan orang normal dengan gizi baik terutama pada fase penyembuhan. Pada orang malnutrisi maka orang tersebut mengalami defisiensi nutrisi yang sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka. Nutrisi-nutrisi tersebut

antara lain adalah protein, kalori, air, vitamin C, vitamin B kompleks, vitamin A, Vitamin K, zat besi dan seng (diperlukan untuk sintesis protein).

Pada pasien yang mengalami obesitas. Selama pembedahan jaringan lemak, terutama sekali sangat rentan terhadap infeksi. Selain itu, obesitas meningkatkan permasalahan teknik dan mekanik. Oleh karenanya defisiensi dan infeksi luka, umum terjadi. Pasien obes sering sulit dirawat karena tambahan berat badan; pasien bernafas tidak optimal saat berbaring miring dan karenanya mudah mengalami hipoventilasi dan komplikasi pulmonari pasca operatif. Selain itu, distensi abdomen, flebitis dan kardiovaskuler, endokrin, hepatic dan penyakit biliari terjadi lebih sering pada pasien obesitas.

3. Penyakit Kronis

Pada pasien yang menderita penyakit kardiovaskuler, diabetes, PPOM (Penyakit Paru Obstruksi Menahun), dan insufisiensi ginjal menjadi lebih sukar terkait dengan pemakaian energi kalori untuk penyembuhan primer. Dan juga pada penyakit ini banyak masalah sistemik yang mengganggu sehingga komplikasi pembedahan maupun pasca pembedahan sangat tinggi.

Ketidaksempurnaan respon neuroendokrin pada pasien yang mengalami gangguan fungsi endokrin, seperti diabetes mellitus yang tidak terkontrol, bahaya utama yang mengancam hidup pasien saat dilakukan pembedahan adalah terjadinya hipoglikemia yang mungkin

terjadi selama pembiusan akibat agen anestesi, atau juga akibat masukan karbohidrat yang tidak adekuat pasca operasi atau pemberian insulin yang berlebihan. Bahaya lain yang mengancam adalah asidosis atau glukosuria. Pasien yang mendapat terapi kortikosteroid beresiko mengalami insufisiensi adrenal. Penggunaan obat-obatan kortikosteroid harus sepengetahuan dokter anestesi dan dokter bedah.

4. Merokok

Pasien dengan riwayat merokok biasanya akan mengalami gangguan vaskuler, terutama terjadi arterosklerosis pembuluh darah, yang akan meningkatkan tekanan darah sistemik.

5. Alkohol dan obat-obatan

Individu dengan riwayat alkoholik kronik seringkali menderita malnutrisi dan masalah-masalah sistemik, seperti gangguan ginjal dan hepar yang akan meningkatkan resiko pembedahan.

2.2.4 Gambaran Pasien Preoperatif

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis. Menurut Long B.C (2001), pasien preoperasi akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan. Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan/kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain :

1. Takut nyeri setelah pembedahan

2. Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal (body image)
3. Takut keganasan (bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti)
4. Takut/cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama.
5. Takut/ngeri menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas.
6. Takut mati saat dibius/tidak sadar lagi.
7. Takut operasi gagal.

Ketakutan dan kecemasan yang mungkin dialami pasien dapat mempengaruhi respon fisiologis tubuh yang ditandai dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti : meningkatnya frekuensi nadi dan pernafasan, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali, sulit tidur, dan sering berkemih.

Persiapan yang baik selama periode operasi membantu menurunkan resiko operasi dan meningkatkan pemulihan pasca bedah. Tujuan tindakan keperawatan preoperasi menurut Luckman dan Sorensen (1993), dimaksudkan untuk kebaikan bagi pasien dan keluarganya yang meliputi :

1. Menunjukkan rasa takut dan cemasnya hilang atau berkurang (baik ungkapan secara verbal maupun ekspresi muka.)
2. Dapat menjelaskan dan mendemonstrasikan mobilisasi yang dilakukan setelah tindakan operasi.
3. Terpelihara keseimbangan cairan, elektrolit dan nutrisi.

4. Tidak terjadi vomitus karena aspirasi selama pasien dalam pengaruh anestesi.
5. Tidak ada atau berkurangnya kemungkinan terjadi infeksi setelah tindakan operasi.
6. Mendapatkan istirahat yang cukup.
7. Menjelaskan tentang prosedur operasi , jadwal operasi serta menanda tangani inform consent.
8. Kondisi fisiknya dapat dideteksi selama operasi berlangsung.

2.3 Tindakan Keperawatan Preoperatif

2.3.1 Pengertian

Tindakan keperawatan adalah setiap terapi perawatan langsung yang dilakukan perawat untuk kepentingan klien, terapi tersebut termasuk terapi yang dilakukan perawat berdasarkan diagnosis keperawatan, pengobatan yang dilakukan dokter berdasarkan diagnosis medis, dan melakukan fungsi penting sehari – hari untuk klien yang tidak dapat melakukannya (Mc. Closkey dan Bulechek 1992) yang dikutip Barbara J. G (2008).

Tindakan keperawatan preoperatif merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam rangka mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif.

Persiapan fisik maupun pemeriksaan penunjang serta persiapan mental sangat diperlukan karena kesuksesan suatu tindakan pembedahan klien berawal dari kesuksesan persiapan yang dilakukan selama tahap persiapan. Kesalahan yang dilakukan pada saat tindakan preoperatif apapun bentuknya dapat berdampak pada tahap-tahap selanjutnya, untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara masing-masing komponen yang berkompeten untuk menghasilkan outcome yang optimal, yaitu kesembuhan pasien secara paripurna (Rothrock, 1999). Pengakajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi.

2.3.2 Persiapan Klien di Unit Perawatan

1. Persiapan Fisik

Persiapan fisik pre operasi yang dialami oleh pasien dibagi dalam 2 tahapan, yaitu persiapan di unit perawatan dan persiapan di ruang operasi. Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi menurut Brunner & Suddarth (2002), antara lain :

1) Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi,

dan lain-lain. Selain itu pasien harus istirahat yang cukup, karena dengan istirahat dan tidur yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan bagi pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

2) Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkar lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah infeksi pasca operasi, dehisiensi (terlepasnya jahitan sehingga luka tidak bisa menyatu), demam dan penyembuhan luka yang lama. Pada kondisi yang serius pasien dapat mengalami sepsis yang bisa mengakibatkan kematian.

3) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit yang biasanya dilakukan pemeriksaan di antaranya adalah kadar natrium serum (normal : 135 -145 mmol/l), kadar kalium serum (normal : 3,5 – 5 mmol/l) dan kadar kreatinin serum (0,70 –

1,50 mg/dl). Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolit obat-obatan anastesi. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik. Namun jika ginjal mengalami gangguan seperti oliguri/anuria, insufisiensi renal akut, dan nefritis akut, maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal, kecuali pada kasus-kasus yang mengancam jiwa.

4) Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus dibersihkan terlebih dahulu. Intervensi keperawatan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien dipuasakan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enema/*lavement*. Lamanya puasa berkisar antara 7 sampai 8 jam (biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00 WIB). Tujuan dari pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi (masuknya cairan lambung ke paru-paru) dan menghindari kontaminasi feces ke area pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi pasca pembedahan. Khusus pada pasien yang membutuhkan operasi *CITO* (segera), seperti pada pasien kecelakaan lalu lintas, maka pengosongan lambung dapat dilakukan dengan cara pemasangan NGT (*naso gastric tube*).

5) Pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut

yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Meskipun demikian ada beberapa kondisi tertentu yang tidak memerlukan pencukuran sebelum operasi, misalnya pada pasien luka insisi pada lengan. Tindakan pencukuran (*scheren*) harus dilakukan dengan hati-hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur. Sering kali pasien diberikan kesempatan untuk mencukur sendiri agar pasien merasa lebih nyaman.

Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi. Biasanya daerah sekitar alat kelamin (pubis) dilakukan pencukuran jika yang dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha. Misalnya : *apendiktomi, herniotomi, uretrolithiasis, operasi pemasangan plate pada fraktur femur, dan hemmoroidektomi*. Selain terkait daerah pembedahan, pencukuran pada lengan juga dilakukan pada pemasangan infus sebelum pembedahan.

6) *Personal Hygiene*

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang dioperasi. Pada pasien yang kondisi fisiknya kuat dianjurkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah operasi dengan lebih seksama. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

7) Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengongan isi bladder tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi *balance* cairan.

8) Latihan Pra Operasi

Berbagai latihan sangat diperlukan pada pasien sebelum operasi, hal ini sangat penting sebagai persiapan pasien dalam menghadapi kondisi pasca operasi, seperti : nyeri daerah operasi, batuk dan banyak lendir pada tenggorokan.

Latihan yang diberikan pada pasien sebelum operasi antara lain:

a) Latihan Nafas Dalam

Latihan nafas dalam sangat bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi nyeri setelah operasi dan dapat membantu pasien relaksasi sehingga pasien lebih mampu beradaptasi dengan nyeri dan dapat meningkatkan kualitas tidur. Selain itu teknik ini juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah setelah anastesi umum. Dengan melakukan latihan tarik nafas dalam secara efektif dan benar maka pasien dapat segera mempraktekkan hal ini segera setelah operasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Latihan nafas dalam dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut : Pasien tidur dengan posisi duduk atau setengah duduk (*semifowler*) dengan lutut ditekuk dan perut tidak boleh tegang. Letakkan tangan di atas perut, hirup udara sebanyak-banyaknya dengan menggunakan hidung dalam kondisi mulut tertutup rapat. Tahan nafas

beberapa saat (3-5 detik) kemudian secara perlahan-lahan, udara dikeluarkan sedikit demi sedikit melalui mulut. Lakukan hal ini berulang kali (15 kali). Lakukan latihan dua kali sehari praoperative.

b) Latihan Batuk Efektif

Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi klien terutama klien yang mengalami operasi dengan anastesi general. Karena pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranestesi. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan. Dengan terasa banyak lendir kental di tenggorokan. Latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setelah operasi untuk mengeluarkan lendir atau sekret tersebut. Pasien dapat dilatih melakukan teknik batuk efektif dengan cara : pasien condong ke depan dari posisi semifowler, jalinkan jari-jari tangan dan letakkan melintang di atas incisi sebagai bebat ketika batuk. Kemudian pasien nafas dalam seperti cara nafas dalam (3-5 kali). Segera lakukan batuk spontan, pastikan rongga pernafasan terbuka dan tidak hanya batuk dengan mengandalkan kekuatan tenggorokan saja karena bisa terjadi luka pada tenggorokan. Hal ini bisa menimbulkan ketidaknyamanan, namun tidak berbahaya terhadap incisi. Ulangi lagi sesuai kebutuhan. Jika selama batuk daerah operasi terasa nyeri, pasien bisa menambahkan dengan menggunakan bantal kecil atau gulungan handuk yang lembut untuk menahan daerah operasi.

c) Latihan Gerak Sendi

Latihan gerak sendi merupakan hal sangat penting bagi pasien sehingga setelah operasi, pasien dapat segera melakukan berbagai pergerakan yang diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan. Pasien/keluarga pasien seringkali mempunyai pandangan yang keliru tentang pergerakan pasien setelah operasi. Banyak pasien yang tidak berani menggerakkan tubuh karena takut jahitan operasi sobek atau takut luka operasinya lama sembuh. Pandangan seperti ini jelas keliru karena justru jika pasien selesai operasi dan segera bergerak maka pasien akan lebih cepat merangsang usus (peristaltik usus) sehingga pasien akan lebih cepat kentut/*flatus*.

Keuntungan lain adalah menghindarkan penumpukan lendir pada saluran pernafasan dan terhindar dari kontraktur sendi dan terjadinya dekubitus. Tujuan lainnya adalah memperlancar sirkulasi untuk mencegah stasis vena dan menunjang fungsi pernafasan optimal. Intervensi ditujukan pada perubahan posisi tubuh dan juga *Range of Motion* (ROM). Latihan perpindahan posisi dan ROM ini pada awalnya dilakukan secara pasif namun kemudian seiring dengan bertambahnya kekuatan tonus otot maka pasien diminta melakukan secara mandiri.

Status kesehatan fisik merupakan faktor yang sangat penting bagi pasien yang akan mengalami pembedahan, keadaan umum yang baik akan mendukung dan mempengaruhi proses penyembuhan. Sebaliknya, berbagai kondisi fisiologis dapat mempengaruhi proses pembedahan. Demikian juga faktor usia/penuaan dapat mengakibatkan komplikasi dan merupakan

faktor resiko pembedahan. Oleh karena itu sangatlah penting untuk mempersiapkan fisik pasien sebelum dilakukan pembedahan/operasi.

2. Persiapan Penunjang

Persiapan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Tanpa adanya hasil pemeriksaan penunjang, maka dokter bedah tidak mungkin bisa menentukan tindakan operasi yang harus dilakukan pada pasien. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti ECG, dan lain-lain.

Sebelum dokter mengambil keputusan untuk melakukan operasi pada pasien, dokter melakukan berbagai pemeriksaan terkait dengan keluhan penyakit pasien sehingga dokter bisa menyimpulkan penyakit yang diderita pasien. Setelah dokter bedah memutuskan bahwa pasien harus operasi maka dokter anastesi berperan untuk menentukan apakah kondisi pasien layak menjalani operasi. Untuk itu dokter anastesi juga memerlukan berbagai macam pemeriksaan laboratorium terutama pemeriksaan masa perdarahan (*bledding time*) dan masa pembekuan (*clotting time*) darah pasien, elektrolit serum, Hemoglobin, protein darah, dan hasil pemeriksaan radiologi berupa foto thoraks dan EKG.

Berbagai jenis pemeriksaan penunjang yang sering dilakukan pada pasien sebelum operasi (tidak semua jenis pemeriksaan dilakukan terhadap pasien, namun tergantung pada jenis penyakit dan operasi yang dijalani oleh

pasien). Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien preoperasi antara lain :

- 1) Pemeriksaan Radiologi dan diagnostik, seperti : Foto thoraks, abdomen, foto tulang (daerah fraktur), USG (*Ultra Sono Grafi*), CT scan (*computerized Tomography Scan*) , MRI (*Magnetic Resonance Imagine*), BNO-IVP, *Renogram*, *Cystoscopy*, *Mammografi*, CIL (*Colon in Loop*), EKG/ECG (*Electro Cardio Grafi*), ECHO, EEG (*Electro Encephalo Grafi*), dll.
- 2) Pemeriksaan Laboratorium, berupa pemeriksaan darah : *hemoglobin*, angka *leukosit*, *limfosit*, LED (*laju enap darah*), jumlah trombosit, protein total (*albumin dan globulin*), elektrolit (*kalium, natrium, dan chlorida*), CT/BT, *ureum, kreatinin*, BUN, dll. Bisa juga dilakukan pemeriksaan pada sumsum tulang jika penyakit terkait dengan kelainan darah.
- 3) Biopsi, yaitu tindakan sebelum operasi berupa pengambilan bahan jaringan tubuh untuk memastikan penyakit pasien sebelum operasi. Biopsi biasanya dilakukan untuk memastikan apakah ada tumor ganas/jinak atau hanya berupa infeksi kronis saja.
- 4) Pemeriksaan Kadar Gula Darah (KGD).

Pemeriksaan KGD dilakukan untuk mengetahui apakah kadar gula darah pasien dalam rentang normal atau tidak. Uji KGD biasanya dilakukan

dengan puasa 10 jam (puasa jam 10 malam dan diambil darahnya jam 8 pagi) dan juga dilakukan pemeriksaan KGD 2 jam PP (*post prandial*).

3. Pemeriksaan Status Anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan ditujukan untuk keselamatan selama pembedahan. Sebelum dilakukan anestesi demi kepentingan pembedahan, pasien akan mengalami pemeriksaan status fisik yang diperlukan untuk menilai sejauh mana resiko pembiusan terhadap diri pasien. Pemeriksaan yang biasa digunakan adalah pemeriksaan dengan menggunakan metode ASA (*American Society of Anesthesiologist*). Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

4. *Informed Consent*

Selain dilakukannya berbagai macam pemeriksaan penunjang terhadap pasien, hal lain yang sangat penting terkait dengan aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, yaitu *Informed Consent*. Baik pasien maupun keluarganya harus menyadari bahwa tindakan medis, operasi sekecil apapun mempunyai resiko. Oleh karena itu setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anestesi).

Meskipun mengandung resiko tinggi tetapi seringkali tindakan operasi tidak dapat dihindari dan merupakan satu-satunya pilihan bagi pasien. Dan dalam kondisi nyata, tidak semua tindakan operasi

mengakibatkan komplikasi yang berlebihan bagi klien. Bahkan seringkali pasien dapat pulang kembali ke rumah dalam keadaan sehat tanpa komplikasi atau resiko apapun segera setelah mengalami operasi. Tentunya hal ini terkait dengan berbagai faktor seperti: kondisi nutrisi pasien yang baik, cukup istirahat, kepatuhan terhadap pengobatan, kerjasama yang baik dengan perawat dan tim selama dalam perawatan.

Informed Consent sebagai wujud dari upaya rumah sakit menjunjung tinggi aspek etik hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi. Artinya apapun tindakan yang dilakukan pada pasien terkait dengan pembedahan, keluarga mengetahui manfaat dan tujuan serta segala resiko dan konsekuensinya. Pasien maupun keluarganya sebelum menandatangani surat pernyataan tersebut akan mendapatkan informasi yang detail terkait dengan segala macam prosedur pemeriksaan, pembedahan serta pembiusan yang akan dijalani. Jika petugas belum menjelaskan secara detail, maka pihak pasien/keluarganya berhak untuk menanyakan kembali sampai betul-betul paham. Hal ini sangat penting untuk dilakukan karena jika tidak maka penyesalan akan dialami oleh pasien/keluarga setelah tindakan operasi yang dilakukan ternyata tidak sesuai dengan gambaran keluarga.

5. Persiapan Mental/Psikis

Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya.

Masalah mental yang biasa muncul pada pasien preoperasi adalah kecemasan. Maka perawat harus mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi klien. Perawat perlu mengkaji mekanisme koping yang biasa digunakan oleh pasien dalam menghadapi stres. Disamping itu perawat perlu mengkaji hal-hal yang bisa digunakan untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah ketakutan dan kecemasan preoperasi, seperti adanya orang terdekat, tingkat perkembangan pasien, faktor pendukung/support system.

Untuk mengurangi/mengatasi kecemasan pasien, perawat dapat menanyakan hal-hal yang terkait dengan persiapan operasi, antara lain : Pengalaman operasi sebelumnya, Persepsi pasien dan keluarga tentang tujuan/alasan tindakan operasi, Pengetahuan pasien dan keluarga tentang persiapan operasi baik fisik maupun penunjang, Pengetahuan pasien dan keluarga tentang situasi/kondisi kamar operasi dan petugas kamar operasi., Pengetahuan pasien dan keluarga tentang prosedur (pre, intra, post operasi), Pengetahuan tentang latihan-latihan yang harus dilakukan sebelum operasi dan harus dijalankan setelah operasi, seperti : latihan nafas dalam, batuk efektif, ROM, dll.

Persiapan mental yang kurang memadai dapat mempengaruhi pengambilan keputusan pasien dan keluarganya. Sehingga tidak jarang pasien menolak operasi yang sebelumnya telah disetujui dan biasanya pasien pulang tanpa operasi dan beberapa hari kemudian datang lagi ke rumah sakit setelah merasa sudah siap dan hal ini berarti telah menunda operasi yang

mestinya sudah dilakukan beberapa hari/minggu yang lalu. Oleh karena itu persiapan mental pasien menjadi hal yang penting untuk diperhatikan dan didukung oleh keluarga/orang terdekat pasien.

Persiapan mental dapat dilakukan dengan bantuan keluarga dan perawat. Kehadiran dan keterlibatan keluarga sangat mendukung persiapan mental pasien. Keluarga hanya perlu mendampingi pasien sebelum operasi, memberikan doa dan dukungan pasien dengan kata-kata yang menenangkan hati pasien dan meneguhkan keputusan pasien untuk menjalani operasi.

Peranan perawat dalam memberikan dukungan mental menurut Taylor (1997), dapat dilakukan dengan berbagai cara:

- 1) Membantu pasien mengetahui tentang tindakan-tindakan yang dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pada pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami oleh pasien selama proses operasi, menunjukkan tempat kamar operasi, dll.

Dengan mengetahui berbagai informasi selama operasi maka diharapkan pasien menjadi lebih siap menghadapi operasi, meskipun demikian ada keluarga yang tidak menghendaki pasien mengetahui tentang berbagai hal yang terkait dengan operasi yang akan dialami pasien.

- 1) Memberikan penjelasan terlebih dahulu sebelum setiap tindakan persiapan operasi sesuai dengan tingkat perkembangan. Gunakan bahasa yang sederhana dan jelas. Misalnya: jika pasien harus puasa, perawat akan menjelaskan kapan mulai puasa dan samapai kapan,

manfaatnya untuk apa, dan jika diambil darahnya, pasien perlu diberikan penjelasan tujuan dari pemeriksaan darah yang dilakukan, dll. Diharapkan dengan pemberian informasi yang lengkap, kecemasan yang dialami oleh pasien akan dapat diturunkan dan mempersiapkan mental pasien dengan baik.

- 2) Memberi kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk menanyakan tentang segala prosedur yang ada. Dan memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk berdoa bersama-sama sebelum pasien di antar ke kamar operasi.
- 3) Mengoreksi pengertian yang salah tentang tindakan pembedahan dan hal-hal lain karena pengertian yang salah akan menimbulkan kecemasan pada pasien.
- 4) Kolaborasi dengan dokter terkait dengan pemberian obat pre medikasi, seperti valium dan diazepam tablet sebelum pasien tidur untuk menurunkan kecemasan dan pasien dapat tidur sehingga kebutuhan istirahatnya terpenuhi.

Pada saat pasien telah berada di ruang serah terima pasien di kamar operasi, petugas kesehatan di situ akan memperkenalkan diri sehingga membuat pasien merasa lebih tenang. Untuk memberikan ketenangan pada pasien, keluarga juga diberikan kesempatan untuk mengantar pasien sampai ke batas kamar operasi dan diperkenankan untuk menunggu di ruang tunggu yang terletak di depan kamar operasi.

5) Obat-Obatan Premedikasi

Sebelum operasi dilakukan pada esok harinya. Pasien akan diberikan obat-obatan premedikasi untuk memberikan kesempatan pasien mendapatkan waktu istirahat yang cukup. Obat-obatan premedikasi yang diberikan biasanya adalah valium atau diazepam. Antibiotik profilaksis biasanya diberikan sebelum pasien dioperasi. Antibiotik profilaksis yang diberikan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya infeksi selama tindakan operasi, antibiotika profilaksis biasanya diberikan 1-2 jam sebelum operasi dimulai dan dilanjutkan pasca bedah 2- 3 kali (Sjamsuhidayat dan Dejong, 2004).

2.3.3 Jenis – jenis Tindakan Keperawatan Preoperatif

Kegiatan keperawatan yang dapat dilakukan sesuai peran perawat perioperatif antara lain mengidentifikasi factor – factor yang mempengaruhi resiko pelaksanaan operasi, mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis dan memfasilitasi persiapan fisik dan psikologis selama masa pra pembedahan (Taylor, 1997). Menurut Chitty Kay. K (1997), Peran perawat dalam perawatan klien adalah pemberi pelayanan, pendidik, konselor, manager, peneliti, dan kolaborator. Adapun implementasi (tindakan) keperawatan yang diselenggarakan dapat berupa melakukan tindakan, mendelegasikan tindakan, melakukan pengajaran, memberikan konseling, melakukan pencatatan dan pelaporan serta tetap menjalankan pengkajian berkelanjutan.

Pengkajian terhadap kondisi fisik, psikologis, sosiokultural dan dimensi spiritual pada klien penting karena pembedahan merupakan stressor utama psikologis, mempengaruhi pola koping, support system dan kebutuhan sosiokultural. Penurunan rasa cemas dan takut merupakan hal yang sangat penting selama masa pre operatif karena stress emosional ditambah dengan stress fisik meningkatkan resiko pembedahan (Taylor, 1997). Adapun tindakan keperawatan preoperatif yang dapat dilakukan sesuai peran perawat perioperatif antara lain :

1. Membina hubungan terapeutik, memberi kesempatan pada klien untuk menyatakan rasa takut dan perhatiannya terhadap rencana operasi
2. Melakukan sentuhan untuk menunjukkan adanya empati dan perhatian
3. Menjawab atau menerangkan tentang berbagai prosedur operasi
4. Meningkatkan pemenuhan nutrisi dan hidrasi
5. Mengajarkan batuk dan nafas dalam
6. Mengajarkan manajemen nyeri setelah pembedahan
7. Mengajarkan latihan lengan dan ambulasi
8. Menerangkan alat – alat yang akan digunakan oleh klien selama operasi.

Sehari sebelum operasi :

1. Memberikan dukungan emosional, menjawab pertanyaan dan memberikan dukungan spiritual bila diperlukan
2. Melakukan pembatasan diet pre operasi
3. Menyiapkan kebutuhan eliminasi selama dan setelah pembedahan
4. Mencukur dan menyiapkan daerah operasi

Hari pembedahan :

1. Mengecek bahwa bahan dan obat – obatan telah lengkap
2. Mengecek tanda – tanda vital
3. Mengecek inform consent
4. Melanjutkan persiapan nutrisi dan hidrasi
5. Melepaskan protese dan kosmetik
6. Melakukan perawatan mulut
7. Mengosongkan blas dan bowel
8. Mempersiapkan catatan yang diperlukan selama pre operasi
9. Memberikan obat –obatan yang perlu diberikan (sesuai order dokter

Sedangkan tindakan preoperasi menurut Kozier dan Erb (2009), diantaranya:

1. Menjelaskan perlunya dilakukan pemeriksaan preoperasi (misalnya laboratorium, sinar –X, dan elektrokardiogram)
2. Mendiskusikan persiapan usus bila diperlukan.
3. Mendiskusikan persiapan kulit termasuk daerah yang akan dilakukan operasi dan mandi (shower preoperasi).
4. Mendiskusikan pengobatan preoperasi bila diprogramkan.
5. Menjelaskan terapi individu yang diprogramkan oleh dokter seperti terapi intravena, pemasangan kateter urin, atau selang nasogastrik, penggunaan spirometer, atau stoking anti emboli.
6. Menjelaskan kunjungan ahli anestesi

7. Menjelaskan perlunya pembatasan makanan atau minuman oral minimal 8 jam sebelum pembedahan.
8. Menyediakan table waktu yang umum untuk periode preoperasi termasuk periode pembedahan.
9. Mendiskusikan perlunya melepas perhiasan, menghapus make up dan melepas semua prosthesis (misalnya kaca mata, gigi palsu, wig) segera sebelum pembedahan.
10. Menginformasikan kepada klien mengenai area operasi serta beritahu lokasi ruang tunggu bagi individu pendukung.
11. Mengajarkan latihan nafas dalam dan batuk, latihan tungkai, cara mengubah posisi dan gerak.
12. Melengkapi daftar tilik preoperasi.

Adapun tindakan keperawatan yang perlu diberikan pada pasien preoperatif menurut Potter & Perry (2005), pada hari pembedahan diantaranya:

1. Memeriksa isi rekam medis dan melengkapi pencatatan, seperti pemeriksaan penunjang dan inform consent
2. Melakukan pengukuran tanda – tanda vital
3. Melakukan pembersihan pasien
4. Melakukan pemeriksaan rambut dan kosmetik
5. Melakukan pemeriksaan prostese
6. Mempersiapkan usus dan kandung kemih
7. Melakukan pemasangan stoking anti emboli atau alat kompresi sekuensial
8. Meningkatkan martabat pasien dengan memberikan privasi terhadap klien

9. Melakukan prosedur khusus seperti pemasangan NGT
10. Menyimpan barang – barang berharga pasien
11. Memberikan obat preoperatif

2.4 Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Patient Safety dewasa ini menjadi *spirit* dalam pelayanan rumah sakit di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) telah mencanangkan *World Alliance for Patient Safety*, program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit (WHO, 2013).

2.4.1 Pengertian

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem yang diterapkan untuk mencegah terjadinya cedera akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan melalui suatu sistem assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan faktor risiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dan tindak lanjut dari insiden serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Dep Kes RI, 2006).

Taylor, et al. (1993) mengungkapkan bahwa keperawatan merupakan profesi yang berfokus kepada pelayanan dan bertujuan membantu pasien mencapai kesehatannya secara optimal. Oleh karena itu pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, perawat harus mampu memastikan bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan mengedepankan keselamatan. Perawat harus memiliki kesadaran akan adanya potensi bahaya yang terdapat di lingkungan pasien melalui pengidentifikasian bahaya yang mungkin terjadi selama berinteraksi dengan pasien selama 24 jam penuh, karena keselamatan pasien dan pencegahan terjadinya cedera

merupakan salah satu tanggung jawab perawat selama pemberian asuhan keperawatan berlangsung.

2.4.2 Tujuan Sistem *Patient Safety*

Tujuan penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit antara lain:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunnya Kejadian Tak Diharapkan (KTD)
4. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD

Dalam upaya pencapaian tujuan keselamatan pasien ini, setiap rumah sakit wajib melaksanakan sistem keselamatan pasien melalui upaya- upaya sebagai berikut:

1. Akselerasi program infeksi *control prevention* (ICP)
2. Penerapan standar keselamatan pasien dan pelaksanaan 7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Dan di evaluasi melalui akreditasi rumah sakit
3. Peningkatan keselamatan penggunaan darah (*blood safety*).
4. Dievaluasi melalui akreditasi rumah sakit.
5. Peningkatan keselamatan pasien di kamar operasi cegah terjadinya *wrong person, wrong site, wrong prosedur* (Draft SIM RS:100% tidak terjadi kesalahan orang, tempat, dan prosedur di kamar operasi)
6. Peningkatan keselamatan pasien dari kesalahan obat.

7. Pelaksanaan pelaporan insiden di rumah sakit dan ke komite keselamatan rumah sakit.

2.4.3 Manfaat Program Keselamatan Pasien

Program keselamatan pasien ini memberikan berbagai manfaat bagi rumah sakit antara lain:

1. Adanya kecenderungan “*Green Product*” produk yang aman di bidang industry lain seperti halnya menjadi persyaratan dalam berbagai proses transaksi, sehingga suatu produk menjadi semakin laris dan dicari masyarakat.
2. Rumah Sakit yang menerapkan keselamatan pasien akan lebih mendominasi pasar jasa bagi Perusahaan-perusahaan dan Asuransi-asuransi dan menggunakan Rumah Sakit tersebut sebagai *provider* kesehatan karyawan/klien mereka, dan kemudian di ikuti oleh masyarakat untuk mencari Rumah Sakit yang aman.
3. Kegiatan Rumah Sakit akan lebih memfokuskan diri dalam kawasan keselamatan pasien.

2.4.4 Indikator Keselamatan Pasien

Berdasarkan laporan IOM tahun 1999 tentang masalah keselamatan pasien yang menghebohkan dunia kesehatan mendorong banyak pihak berupaya melakukan hal untuk memperbaiki kualitas pelayanan terutama yang berhubungan dengan

keselamatan pasien. Para peneliti dalam bidang keperawatan berusaha mengembangkan indikator mutu pelayanan keperawatan yang potensial bersifat sensitif terhadap kepegawaian. Needleman, et al. (2006) melakukan penelitian mengenai *staffing* dan *adverse outcomes*. Pada penelitian tersebut dilakukan analisis regresi untuk mengetahui hubungan variabel-variabelnya dan ditemukan adanya hubungan antara (1) lama tinggal/ *lengths-of-stay*, infeksi saluran kemih, pneumonia yang diperoleh di rumah sakit, perdarahan saluran pencernaan atas, renjatan, atau henti jantung pada pasien-pasien penyakit dalam, dan (2) *failure to rescue*, yang didefinisikan sebagai kematian pasien yang disebabkan oleh salah satu komplikasi yang mengancam kehidupan yaitu pneumonia, renjatan atau henti jantung, perdarahan saluran pencernaan atas, sepsis atau thrombosis vena dalam pada pasien-pasien bedah.

Penelitian yang dilakukan oleh Hickam, et al. (2003) terhadap 115 literatur mengenai pengaruh kondisi beban kerja terhadap insiden keselamatan pasien menemukan bahwa kejadian merugikan yang paling sering dialami oleh pasien adalah ulkus dekubitus, infeksi yang diperoleh di rumah sakit dan pasien jatuh. Sedangkan Stanton dan Rutherford (2004) mengemukakan beberapa kejadian merugikan yang paling sering dialami oleh pasien sebagai akibat dari kurangnya peran perawat (*nurse sensitive patient outcomes*) antara lain pneumonia, perdarahan saluran pencernaan atas, shock/henti jantung, infeksi saluran kemih, ulkus dekubitus dan *failure to rescue*.

Indikator mutu layanan keperawatan yang sensitif terhadap staffing pada saat ini secara terus menerus dikembangkan. Banyak lembaga yang berupaya membuat

indikator mutu, namun banyak dari indikator tersebut kurang mencerminkan pengaruh pelayanan keperawatan terhadap keselamatan pasien, karena hanya dianggap sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan (ANA, 1995; Institute of Medicine, 1999, 2001, 2005; Joint Commission, 2007 dalam Montalvo, 2007). Mulai tahun 2007, WHO Collaborating Center For *Patient Safety* berupaya menetapkan Sembilan Solusi keselamatan pasien untuk mempermudah pendeteksian terjadinya masalah pada keselamatan pasien di Rumah Sakit, yaitu : (1) Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*). (2) Pastikan Identifikasi pasien, (3) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien, (4) Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, (5) Kendalikan cairan elektrolit pekat, (6) Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, (7) Hindari salah cateter dan salah sambung gelang, (8) Gunakan alat injeksi sekali pakai, dan (9) Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial (WHO, 2007).

2.4.5 Sasaran *Patient Safety*

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS PERSI), dan dari Joint Commission International (JCI). RS Siti Khodijah merupakan RS tipe B dengan sumber manusia (dokter, perawat, dan lain-lain) yang cukup dan

telah mempunyai berbagai peralatan canggih yang memadai dan telah terakreditasi *SNARS Edisi I*, pada April 2019.

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik untuk menunjang keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh. Menurut Tim KPRS RS Siti Khodijah terdapat enam sasaran keselamatan pasien yang menjadi prioritas gerakan keselamatan pasien. Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut :

1. Sasaran I : Mengidentifikasi Pasien dengan Tepat

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian dalam mengidentifikasi pasien. Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan yang terbius/tersedasi, disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur / kamar / lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi yang lain. Adapun maksud dari sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan dalam setiap kegiatan pelayanan ke pasien. Pertama untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dan kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan atau prosedur yang dilakukan secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi khususnya pada proses pengidentifikasian

pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis atau pemberian pengobatan serta tindakan lain. Kebijakan atau prosedur tersebut memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code, dan lainlain. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi dengan tepat dan cepat.

Adapun elemen penilaian untuk sasaran ini adalah sebagai berikut :

1. Pasien yang dirawat diidentifikasi dengan menggunakan gelang identitas sedikitnya dua identitas pasien (nama, tanggal lahir atau nomor rekam medik)
2. Pasien yang dirawat diidentifikasi dengan warna gelang yang ditentukan dengan ketentuan biru untuk laki-laki dan merah muda untuk perempuan, merah untuk pasien yang mengalami alergi dan kuning untuk pasien dengan risiko jatuh (risiko jatuh telah diskoring dengan menggunakan protap penilaian skor jatuh yang sudah ada)
3. Pasien yang dirawat diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
4. Pasien yang dirawat diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
5. Pasien yang dirawat diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.

2. Sasaran II: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan komunikasi yang efektif antar para pemberi layanan. Komunikasi yang dilakukan secara efektif, akurat, tepat waktu, lengkap, jelas, dan yang mudah dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan dapat meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi yang mudah menimbulkan kesalahan persepsi kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk mencatat perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah, kemudian penerima perintah membacakan kembali (read back) perintah atau hasil pemeriksaan dan melakukan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (read back) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat.

Elemen penilaian pada sasaran II ini terdiri dari beberapa hal sebagai berikut:

1. Melakukan kegiatan “READ BACK” pada saat menerima permintaan secara lisan atau menerima intruksi lewat telepon dan pasang stiker “SIGN HERE” sebagai pengingat dokter harus tanda tangan.

2. Menggunakan metode komunikasi yang tepat yaitu SBAR saat melaporkan keadaan pasien kritis, melaksanakan serah terima pasien antara shift (*hand off*) dan melaksanakan serah terima pasien antar ruangan dengan menggunakan singkatan yang telah ditentukan oleh manajemen.

3. Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat yang Membutuhkan Perhatian

Rumah sakit perlu mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen rumah sakit harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien agar terhindar dari risiko kesalahan pemberian obat. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit tersebut. Kebijakan atau prosedur juga dapat mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana

penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

Elemen yang merupakan standar penilaian sasaran III adalah sebagai berikut :

1. Melakukan sosialisasi dan mewaspadai obat Look Like dan Sound Alike (LASA) atau Nama Obat Rupa Mirip (NORUM)
2. Menerapkan kegiatan DOUBLE CHECK dan COUNTER SIGN setiap distribusi obat dan pemberian obat pada masing-masing instansi pelayanan.
3. Menerapkan agar Obat yang tergolong HIGH ALERT berada di tempat yang aman dan diperlakukan dengan perlakuan khusus
4. Menjalankan Prinsip delapan Benar dalam pelaksanaan pendelegasian Obat (Benar Instruksi Medikasi, Pasien, Obat, Masa Berlaku Obat, Dosis, Waktu, Cara, dan Dokumentasi).

4. Sasaran IV: Mengurangi Risiko Salah Lokasi, Salah Pasien dan Tindakan Operasi

Rumah sakit dapat mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan pemberian pelayanan dilakukan dengan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat- pasien. Salah lokasi, salah pasien, salah prosedur, pada operasi adalah sesuatu yang menkhawatirkan dan kemungkinan terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini merupakan akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurangnya melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada

prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, pemeriksaan pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis yang kurang tepat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah atau operasi, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga keadaan yang berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (bagian tulang belakang). Proses verifikasi praoperatif ditujukan untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia dan diberi label dengan baik serta dipampang dan melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant - implant yang dibutuhkan.

Tahapan “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan dengan baik dan tepat. *Time out* dilakukan di tempat dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist* dan sebagainya.

Elemen yang menjadi penilaian pada sasaran IV ini adalah memberi tanda spidol skin marker pada sisi operasi (*Surgical Site Marking*) yang tepat dengan cara yang jelas dimengerti dan melibatkan pasien dalam hal ini (*Informed Consent*)

5. Sasaran V: Mengurangi Risiko Infeksi

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan yang diberikan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan hal yang menjadi perhatian besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah dan pneumonia. Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah kegiatan cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca di kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan

kebijakan atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

Elemen yang menjadi penilaian sasaran V adalah sebagai berikut.

1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *Five Moment Hand Hygiene* dan digunakan dalam tatanan kesehatan untuk pelayanan ke pasien.
2. Menggunakan *Hand rub* di ruang perawatan dan melakukan pelatihan cuci tangan efektif.
3. Memberikan tanggal dengan menggunakan spidol atau tinta yang jelas setiap melakukan prosedur invasif (infuse, dower cateter, CVC, WSD, dan lain-lain)

6. Sasaran VI: Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah pasien yang berkemungkinan mengkonsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

Elemen yang menjadi penilaian sasaran VI adalah sebagai berikut :

1. Melakukan pengkajian risiko jatuh pada pasien yang dirawat di rumah sakit.
2. Melakukan tindakan untuk mengurangi atau menghilangkan risiko jatuh.
3. Memberikan tanda bila pasien berisiko jatuh dengan gelang warna kuning dan kode jatuh yang telah ditetapkan oleh manajemen

2.4.6 Langkah-Langkah Penerapan Sistem *Patient Safety*

Penerapan sistem keselamatan pasien membutuhkan dukungan dari berbagai bidang. Langkah-langkah yang harus dilakukan antara lain:

1. Membangun budaya kerja yang mementingkan keselamatan dan keamanan pasien dengan meningkatkan kewaspadaan secara terus-menerus; penyelidikan yang seimbang dan terutama mempertanyakan mengapa, bukan siapa; keterbukaan dengan pasien untuk menciptakan suasana kerjasama dan saling percaya antara petugas rumah sakit dan pasien.
2. Kepemimpinan dan dukungan terhadap seluruh petugas rumah sakit dalam menjaga keselamatan dan keamanan pasien : keteladanan, evaluasi dan umpan balik, *coaching* dan *mentoring* terhadap staf secara berkesinambungan untuk memberdayakan petugas rumah sakit, dukungan terhadap upaya keselamatan pasien juga mencakup alokasi sumber daya manusia, informasi, bahan dan peralatan.

3. Melakukan manajemen risiko secara terpadu. Makna manajemen risiko tidak hanya terbatas pada litigasi oleh pasien maupun petugas kesehatan, tetapi lebih mendasar lagi khususnya keselamatan pasien, petugas kesehatan dan pengunjung rumah sakit, manajemen, analisis pemantauan, investigasi, dan pelatihan mengendalikan risiko merupakan suatu kesatuan. Pertimbangan risiko harus menjadi bagian strategi manajemen pelayanan kesehatan.
4. Menganjurkan dan memfasilitasi pelaporan semua kasus *medical error* yang dapat digabungkan dari tingkat lokal sampai tingkat nasional dengan menjaga kerahasiaan pasien dan organisasi yang melaporkan. Pelaporan harus menjadi pendorong pembelajaran yang harus dikembangkan dengan budaya pelaporan yang tanpa dibayangi ketakutan akan hukuman.
5. Melibatkan pasien, keluarga dan seluruh masyarakat, menjelaskan dan bila perlu minta maaf, menyelidiki penyebab secara terbuka. Mendukung pasien dan keluarga bagaimana mengatasi dampak kesalahan medis, bekerjasama dalam pengobatan dan perawatan lebih lanjut, dan melibatkan pasien dalam investigasi dan rekomendasi untuk perubahan.
6. Mempelajari dan menyebarluaskan temuan tentang penyebab kegagalan medis diantaranya pendekatan *root cause analysis*, dinamika sistem, diagram tulang ikan, dan lain-lain.
7. Memberikan solusi-solusi untuk mencegah "*harm*", bukan hanya sebatas menganjurkan staf untuk berhati-hati tetapi mengatasi permasalahan mendasar, merancang peralatan dan sistem serta proses-proses lebih

intuitif, mempersulit petugas untuk melakukan kesalahan dan mempermudah petugas untuk menemukan kesalahan.

2.4.7 Standar *Patient Safety*

Menurut PERMENKES Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus ada beberapa standar yang wajib dimiliki oleh Rumah Sakit dalam menjalankan program keselamatan pasien.

Standar I. Ketentuan tentang hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

Adapun kriteria dari standar ini adalah :

1. Harus terdapat dokter penanggung jawab pelayanan.
2. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan kesehatan.
3. Dokter yang menjadi penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan dan prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

Standar II. Mendidik pasien dan keluarga.

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung pasien dalam asuhan kesehatan pasien. Adapun kriteria dari standar tersebut antara lain :

Keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan dapat di tingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan patner dalam proses pelayanan. Karena itu di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut di harapkan pasien dan keluarga dapat :

1. Memberi informasi yang tepat, benar, jelas, lengkap dan jujur.
2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
3. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
4. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan kesehatan.
5. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
6. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Standar III. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

1. Adanya koordinasi yang baik dari pelayanan kesehatan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.

2. Adanya koordinasi pelayanan kesehatan yang di sesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transaksi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
3. Adanya koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
4. Adanya komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

Standar IV. Rumah sakit mesti mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria dari standar IV adalah sebagai berikut:

1. Setiap rumah sakit melakukan proses perencanaan yang baik dengan mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien-petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat dan faktor-faktor lain yang berpotensi resiko bagi pasien sesuai dengan ”Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit”

2. Setiap rumah sakit melakukan pengumpulan data kinerja antara lain yang terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan dan keuangan.
3. Setiap rumah sakit melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD/KNC, dan secara proaktif melakukan evaluasi suatu proses kasus resiko tinggi bagi pasien.
4. Setiap rumah sakit menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang di perlukan agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit"
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk mengidentifikasi risiko keselamatan pasien dan program untuk menekan atau mengurangi KTD/KNC
3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit terkait dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengkaji, mengukur, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.

5. Pimpinan mengkaji dan mengukur efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja Rumah Sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria dari standar ini adalah sebagai berikut.

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien guna meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
- b. Tersedia program proaktif untuk mengidentifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden yang mencakup jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari KNC/Kejadian Nyaris Cedera (*Near miss*) sampai dengan KTD (*Adverse event*)
- c. Tersedianya mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi serta berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d. Tersedia prosedur yang cepat tanggap terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e. Tersedia mekanisme pelaporan baik internal dan eksternal yang berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah (RCA) kejadian pada saat program keselamatan pasien mulai di laksanakan.

- f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden atau kegiatan proaktif untuk memperkecil resiko termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian yang tidak diinginkan.
- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam Rumah Sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan Keselamatan Pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- i. Tersedia sasaran terukur dan pengumpulan informasi menggunakan criteria obyektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

1. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas dan transparan.
2. Rumah sakit menyelenggarakan program pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriteria dari standar ini adalah sebagai berikut :

- a. Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik tentang keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- b. Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- c. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan training tentang kerjasama kelompok guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

1. Rumah sakit harus merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria dari standar ini adalah :

- a. Rumah sakit perlu menyediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.

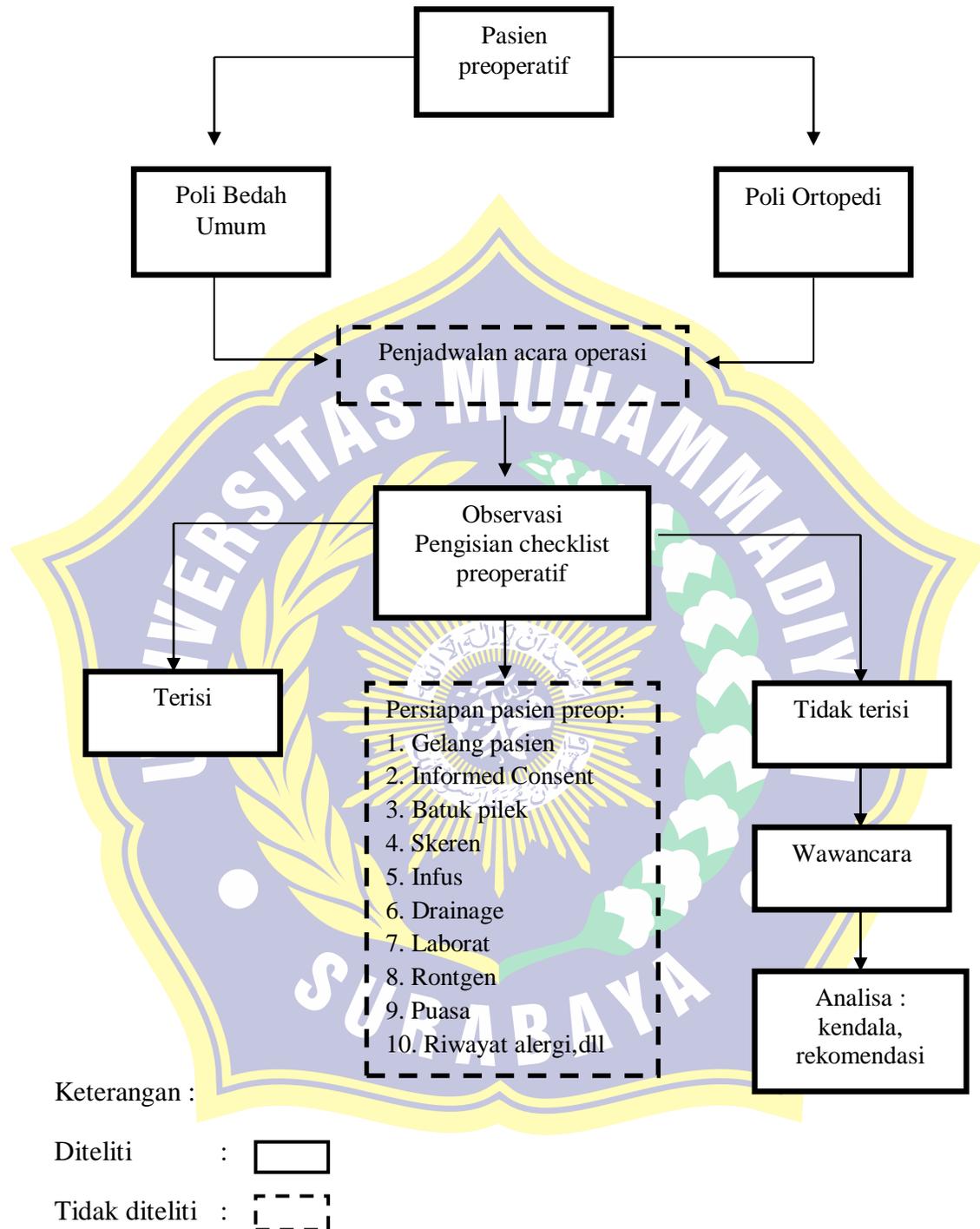
- b. Tersedia mekanisme untuk mengidentifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

2.5 Checklist Persiapan Operasi

| Kegiatan | Ya | Tidak | Kegiatan | Ya | Tidak |
|-----------------------------|----|-------|-----------------|----|-------|
| Penjelasan biaya | | | Bidai | | |
| Gelang identitas | | | Lavement | | |
| Informed consent pembedahan | | | Drainage | | |
| Informed consent anastesi | | | Infuse | | |
| Gigi palsu dilepas | | | Dower kateter | | |
| Softlens dilepas | | | NGT | | |
| Hearing aid dilepas | | | WSD | | |
| Batuk pilek | | | Rontgent | | |
| Haid | | | ECG | | |
| Skeren | | | Laboratorium | | |
| Oral hygiene | | | Fiksasi leher | | |
| Riwayat alergi | | | Puasa mulai jam | | |

Sumber : RM. 11 RS Siti Khodijah Sepanjang

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian “Evaluasi Kepatuhan Pengisian *Checklist* Persiapan Pre Operatif Sebagai Implementasi *Patient Safety* di RS Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang.

