

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Pembedahan**

##### **2.1.1 Pengertian Pembedahan**

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka bagian tubuh yang akan ditangani. Sebelum dilakukan pembedahan ada beberapa hal yang penting yang harus dipersiapkan yaitu persiapan preoperasi (persiapan fisik dan mental). Hal tersebut membantu memperkecil resiko operasi karena hasil akhir suatu pembedahan sangat tergantung pada penelitian keadaan penderita dan persiapan preoperasi (Lynda Juall, 2006)

##### **2.1.2 Tipe Pembedahan**

Tindakan pembedahan dikelompokkan menjadi beberapa tipe, yaitu :

1. Menurut Fungsinya (tujuannya)
  - a. Diagnostik : Biopsi, laparotomi eksplorasi
  - b. Kuratif (ablatif) : Tumor, appendiktomi
  - c. Reperatif : Memperbaiki luka multiple
  - d. Rekonstruktif atau kosmetik : Mammoplasti, perbaikan wajah
  - e. Paliatif : Menghilangkan nyeri, memperbaiki masalah(gastrostomi ketidakmampuan menelan).
  - f. Transplantasi : Penanaman organ tubuh untuk menggantikan organ atau struktur

tubuh yang malfungsi (cangkuk ginjal, kornea).

## 2. Menurut Tingkat Urgensinya:

### a. Kedaruratan

Pasien membutuhkan perhatian dengan segera, gangguan yang di akibatkannya diperkirakan dapat mengancam jiwa (kematian atau kecacatan fisik), tidak dapat ditunda. Contoh : pendarahan hebat, luka tembak, luka bakar luas, obstruksi kandung kemih atau usus dan lain-lain.

### b. Urgen

Pasien membutuhkan perhatian segera, dilaksanakan dalam 24-30 jam. Contoh : infeksi kandung kemih akut, batu ginjal, atau batu uretra.

### c. Diperlukan

Pasien harus menjalani pembedahan, direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh : katarak, gangguan tiroid, hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih.

### d. Elektif

Pasien harus dioperasi ketika diperlukan, tidak terlalu membahayakan jika dilakukan. Contoh : hernia simple, perbaikan vagiana, perbaikan scar/cikatrik/jaringan parut, hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung empedu dan lain-lain.

### e. Pilihan

Keputusan operasi atau tidaknya tergantung kepada pasien (pilihan pribadi pasien). Contoh : bedah kosmetik.

### 3. Menurut Luas atau Tingkat Resiko

#### a. Mayor

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

Contoh : bypass arteri koroner.

#### b. Minor

Operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor. Contoh : katarak, operasi plastik pada wajah

( Potter and Perry, 2005 ).

#### **2.1.3 Klasifikasi pasien berdasarkan status fisiknya.**

Penilaian fisik sebelum anestesi dan pembedahan sangat penting dilakukan, untuk meminimalkan efek samping anestesi dan pembedahan. Hal ini akan menguntungkan dokter dan pasien. *American Society of Anesthesiologist (ASA)* mengklasifikasikan pasien yang akan menjalani operasi menjadi empat kelas status fisik / *Physical status (PS)*, yaitu :

##### 1. Kelas 1 :

Pasien yang tidak mengalami gangguan organik, fisiologis, biokimia, atau psikiatri. Proses patologi pada operasi yang akan dilakukan adalah local dan tidak menyebabkan gangguan sistemik.

##### 2. Kelas 2 :

Gangguan sistemik ringan sampai sedang, baik yang disebabkan oleh keadaan yang akan diterapi dengan operasi, atau yang disebabkan oleh proses patofisiologi lain.

3. Kelas 3 :

Gangguan sistemik berat atau penyakit dengan sebab apapun, sekalipun tidak mungkin ditetapkan derajat kecacatan yang sempurna.

4. Kelas 4 :

Gangguan sistemik berat yang secara langsung mengancam kehidupan, tidak selalu dapat dikoreksi dengan operasi.

5. Kelas :

Pasien koma yang hanya mempunyai kemungkinan kecil untuk tetap hidup dan operasi yang dilakukan sebagai usaha terakhir.

(John N. Lunn, 2005).

#### **2.1.4 Faktor yang Beresiko Terhadap Pembedahan**

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 sempurnanya 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 obesitas sering sulit dirawat karena tambahan berat badan; pasien bernafas tidak optimal saat berbaring miring dan karenanya mudah mengalami hipoventilasi dan komplikasi pulmonari pascaoperatif. 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, 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.

### 4. Ketidak sempurnaan 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 anstesi. 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 anastesi dan dokter bedahnya.

#### 5. Merokok

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

#### 6. 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. Pada kasus kecelakaan lalu lintas yang seringkali dialami oleh pemabuk. Maka sebelum dilakukan operasi darurat perlu dilakukan pengosongan lambung untuk menghindari aspirasi dengan pemasangan NGT.

(Potter and Perry, 2005)

## **2.2. Konsep Pasien *Safety***

### **2.2.1. Pengertian Pasien *Safety***

Pasien *safety* adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (KKP-RS). Pengertian yang lain tentang pasien *safety* rumah sakit adalah suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman

Sistem tersebut meliputi :

1. Assesmen risiko.
2. Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien.
3. Pelaporan dan analisis insiden.
4. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya.
5. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

(Departemen Kesehatan RI. 2006)

### **2.2.2 Tujuan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit**

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit.
2. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunnya Kejadian Tidak diharapkan ( KTD ) di Rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak diharapkan (KTD).

(Departemen Kesehatan RI. 2006)

### **2.2.3 Manfaat Penerapan Sistem Keselamatan Pasien.**

1. Budaya *Safety* meningkat dan berkembang.
2. Komunikasi dengan pasien berkembang.
3. Kejadian Tidak Diharapkan menurun.
4. Keluhan dan litigasi berkurang.
5. Mutu pelayanan meningkat.
6. Citra Rumah Sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat, diikuti kepercayaan diri yang meningkat.

( Departemen Kesehatan RI, 2006 )

### 2.2.4 Insiden Keselamatan Pasien.

Adalah peristiwa atau kejadian yang tidak disengaja atau kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden keselamatan pasien terdiri dari :

#### 1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event*

Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*ommission*), ketimbang karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien.

#### 2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss*

Adalah terjadinya suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

#### 3. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Adalah terjadinya insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

#### 4. Kondisi Potensial Cedera (KPC)

Adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

#### 5. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

Suatu kejadian tidak diinginkan (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti : operasi pada bagian tubuh yang salah.

(Permenkes no.1691, 2011)

### 2.2.5. Standar Pasien *safety*

Sejak berlakunya UU No.8/1999 tentang Perlindungan Konsumen dan UU

No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran, muncul berbagai tuntutan hukum kepada dokter dan rumah sakit. Salah satu cara mengatasi masalah ini adalah dengan penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit. Keselamatan pasien sebagai suatu sistem di dalam rumah sakit sebagaimana dituangkan dalam instrumen standar akreditasi rumah sakit ini diharapkan memberikan asuhan kepada pasien dengan lebih aman dan mencegah cedera akibat melakukan atau tidak melakukan tindakan. Dalam pelaksanaannya keselamatan pasien akan banyak menggunakan prinsip dan metode manajemen risiko mulai dan identifikasi, pengkajian dan pengolahan risiko. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien akan meningkatkan kemampuan belajar dari insiden yang terjadi untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama dikemudian hari. Standar Keselamatan Pasien meliputi :

1. Hak pasien

Pasien & keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).

2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah Sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban & tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Rumah Sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yg ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadia Tidak Diharapkan (KTD), dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta Keselamatan Pasien.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program Keselamatan Pasien melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

- a. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko Keselamatan Pasien dan program mengurangi Kejadian Tidak diharapkan (KTD).
- b. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang Keselamatan Pasien.
- c. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja RS serta meningkatkan Keselamatan Pasien.
- d. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinyadalam meningkatkan kinerja Rumah Sakit dan Keselamatan Pasien.

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

- a. Rumah Sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan Keselamatan Pasien secara jelas.

- b. Rumah Sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- a. Rumah Sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi Keselamatan Pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal & eksternal.
  - b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu & akurat.

( Permenkes no.1691, 2011)

### **2.2.6 Sasaran Keselamatan Pasien**

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua Rumah Sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Live-Saving Patient safety Solutions dari WHO (2007)* yang digunakan juga oleh komite Keselamatan pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)* Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal berikut ini :

#### 1. Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/ meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

a. Maksud dan tujuan:

Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu untuk mengidentifikasi pasien sebagai individu yang menerima pelayanan dan kesesuaian pelayanan dengan individu tersebut.

b. Elemen Penilaian :

Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien ( Nama, tanggal lahir), sebelum pemberian obat, darah dan produk darah, sebelum mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis, dan sebelum pengobatan / prosedur.

2. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang efektif

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektifitas komunikasi antar pemberi layanan.

a. Maksud dan tujuan :

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.

b. Elemen penilaian :

Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap oleh penerima perintah, dan dibacakan kembali oleh pemberi perintah.

3. Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High-Alert*)

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high alert*)

a. Maksud dan tujuan:

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat yang sering menimbulkan terjadi kesalahan serius (*sentinel event*) sehingga perlu penanganan secara khusus.

b. Elemen penilaian

Prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label dan penyimpanan elektrolit konsentrat, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted area*).

4. Sasaran IV : Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.

Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien.

a. Maksud dan tujuan:

Salah lokasi, salah prosedur, pasien salah pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Sehingga rumah sakit perlu mengembangkan suatu kebijakan dan prosedur yang dapat mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini.

b. Elemen penilaian :

Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan, menggunakan suatu checklist untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat dokumen.

5. Sasaran V : Pengurangan infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi resiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

a. Maksud dan tujuan :

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 dan pemberi pelayanan kesehatan.

b. Elemen yang dinilai :

Rumah sakit mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum, menerapkan program *hand hygiene* yang efektif, dan kebijakan dikembangkan untuk pengurangan secara berkelanjutan resiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

6. Sasaran VI : Pengurangan resiko pasien jatuh

Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi resiko pasien dari cedera karena jatuh.

a. Maksud dan tujuan :

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap, sehingga rumah sakit perlu mengevaluasi resiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk, mengurangi resiko cedera bila sampai jatuh.

b. Elemen yang dinilai :

Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap resiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.( Permenkes no. 1691, 2011)

### **2.2.7 Tujuh langkah menuju keselamatan pasien RS**

Mengacu pada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang sudah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan Pasien

Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

2. Memimpin dan mendukung staf

Membangun komitmen dan fokus yang kuat serta jelas tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan pengkajian hal yang potensial bermasalah.

4. Mengembangkan sistem pelaporan.

Memastikan staf dapat melaporkan kejadian/insiden serta Rumah Sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS.

5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.

Mengembangkan cara-cara komunikasi yg terbuka dengan pasien.

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan pasien

Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan pasien.

Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

(Departemen Kesehatan RI, 2006)

### **2.2.8 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit di Ruang Operasi**

Standar pelayanan minimal Rumah Sakit adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh oleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.

Standar Pelayanan Minimum (SPM) Rumah sakit di ruang operasi terdiri dari enam indikator, yaitu :

- |   |               |
|---|---------------|
| 1. Waktu tunggu operasi elektif   | $\leq 2$ hari |
| 2. Kejadian kematian di meja operasi  | $\leq 1$ %    |
| 3. Tidak adanya kejadian operasi salah orang  | 100 %         |
| 4. Tidak adanya kejadian tindakan salah pada operasi  | 100 %         |
| 5. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien operasi                        | 100 %         |
| 6. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempata anestesi endotracheal tube. | $\leq 6$ %    |

Pencatatan dan pelaporan dilakukan sebulan sekali atau bila ada *sentinel event*.

( Permenkes no.129, 2008)

## 2.3 Konsep tilik pembedahan

### 2.3.1 Pengertian

*Surgical safety Checklist* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, tim anestesi dan lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari *the briefing phase*, *the time out phase*, *the debriefing phase* sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (*Safety & Compliance*, 2012)

World Health Organization			SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)		
Before induction of anaesthesia		Before skin incision		Before patient leaves operating room	
<b>SIGN IN</b>		<b>TIME OUT</b>		<b>SIGN OUT</b>	
<input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT		<input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE		<input type="checkbox"/> NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:	
<input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM • PATIENT • SITE • PROCEDURE		<input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED	
<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED		<b>ANTICIPATED CRITICAL EVENTS</b>		<input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)	
<input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING		<input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?		<input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)	
<b>DOES PATIENT HAVE A:</b>		<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?		<input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED	
<b>KNOWN ALLERGY?</b>		<input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		<b>HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?</b>			
<b>DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?</b>		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE		<b>IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?</b>			
<b>RISK OF &gt;500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?</b>		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED					

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

Gambar 2.1 : Format *Checklist* Tilik Pembedahan dari WHO

### 2.3.2. Fase Sign In

Fase *sign In* adalah fase sebelum induksi anestesi di ruang persiapan / ruang premedikasi, minimal oleh perawat dan dokter anestesi. Koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, oksimeter pulse pada pasien berfungsi. Koordinator dengan profesional anestesi mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi.

1. Pasien telah dikonfirmasi identitas, lokasi operasi, prosedur pre operasi dan Surat Persetujuan Operasi.

a. Mengkonfirmasi identitas pasien meliputi :

- 1) Nama pasien
- 2) Tanggal lahir
- 3) Diagnosa medis

b. *Informed consent* merupakan pernyataan persetujuan untuk melakukan tindakan medis yang ditanda tangani oleh pasien atau keluarganya. Penandatanganan ini melalui prosedur penjelasan terlebih dahulu mengenai tindakan apa saja yang akan diambil, tingkat keberhasilannya, kemungkinan risiko dan biaya yang harus ditanggung. Proses penjelasan ini dilakukan secara lisan, karena untuk teknis pelaksanaannya akan dilaporkan atau dicantumkan di dalam rekam medik pasien. Setelah penjelasan diberikan oleh petugas medis, pasien atau keluarganya harus menandatangani pernyataan yang berisi kesediaan untuk melakukan tindakan medis, menyadari resikonya dan tidak akan menuntut dokter yang

merawatnya. Setelah pasien siap untuk melakukan tindakan yang berisiko tersebut, dimana seorang dokter atau petugas kesehatanpun tidak berani menjamin hasilnya, dengan alasan seorang dokter atau petugas medis bukan *garantor* keberhasilan atau kesembuhan pasien.

*Informed consent* baru sah diberikan oleh pasien jika memenuhi minimal 3 (tiga) unsur sebagai berikut :

- 1) Keterbukaan informasi yang cukup diberikan oleh dokter;
- 2) Kompetensi pasien dalam memberikan persetujuan;
- 3) Kesukarelaan (tanpa paksaan atau tekanan) dalam memberikan persetujuan. (Fuady, 2005, 48-50)

Yang dimaksud dengan kompetensi pasien ialah jika memenuhi syarat sebagai orang yang cakap berbuat (cukup umur, tidak berpenyakit jiwa).

Dalam hal pasien tidak kompeten, maka *informed consent* dapat dimintakan kepada pihak yang berwenang, yaitu :

- 1) Pihak wali atau kuratornya;
- 2) Pihak suami/istri;
- 3) Pihak yang telah diberikan surat kuasa;
- 4) Ayah/ibu;
- 5) Anaknyanya yang sudah dewasa;
- 6) Kakak/adik yang telah dewasa. (Fuady, 2005, 48-50)

Tentang informasi yang harus diberikan kepada pasien, Fuady mengemukakan bahwa semua informasi yang bersifat “material” yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan pasien yang bersangkutan,

harus dijelaskan sejas-jelasnya dan dimengerti oleh pasien.

(Fuady,2005,75)

c.Lokasi operasi sudah diberi tanda/belum

Perawat koordinator harus mengkonfirmasi bahwa ahli bedah telah memberi tanda lokasi insisi(dengan penanda permanen), dalam kasus yang melibatkan lateralitas (perbedaan kiri atau kanan), atau yang berupa struktur tubuh (misalnya ruas jari tertentu, kaki, ruas tulang belakang,dll). Penandaan untuk struktur garis tengah (misalnya tiroid) atau struktur tunggal (misalnya limpa) akan mengikuti prosedur setempat. Beberapa rumah sakit tidak melakukan penandaan dan ini beresiko menyebabkan kejadian operasi yang salah sisi. Bila konsisten menandai sisi insisi dalam semua kasus akan memudahkan mengkonfirmasi sisi dan prosedur yang benar. (WHO, 2008 )

d. Mesin dan obat-obat Anestesi sudah dicek lengkap/belum

Koordinator melakukan langkah berikutnya dengan meminta dokter / perawat anestesi untuk memverifikasi penyelesaian pemeriksaan keamanan anestesi, dan melakukan pemeriksaan rutin peralatan anestesi, obat-obatan dan risiko tindakan anestesi kepada pasien untuk setiap kasus.Selain mengkonfirmasi mesin dan obat anestesi, tim juga harus mengkonfrmasi hasil pemeriksaan jalan napas dan peralatan (termasuk oksigen dan agen inhalasi), alat bantu pernafasan, obat-obatan, perangkat penunjang dan obat darurat. (WHO, 2008)

Fungsi mesin anestesi ( mesin gas) ialah menyalurkan gas atau campuran gas anestetik yang aman kerangkaian sirkuit anestetik yang kemudian

dihisap oleh pasien dan membuang sisa campuran gas dari pasien. Mesin yang aman dan ideal adalah mesin yang memenuhi persyaratan berikut:

- 1) Dapat menyalurkan gas anestetik dengan dosis tepat
- 2) Ruang rugi ( *dead space* ) minimal
- 3) Mengeluarkan CO<sub>2</sub> dengan efisien
- 4) Bertekanan rendah
- 5) Kelembaban terjaga dengan baik
- 6) Penggunaannya sangat mudah dan aman

Koordinator menegaskan bahwa *pulse oximetry* telah ditempatkan pada pasien dan berfungsi dengan benar sebelum induksi anestesi. Idealnya hasil bacaan *pulse oximetry* harus terlihat oleh tim operasi. Sistem alarm harus digunakan bila memungkinkan untuk mengingatkan tim tentang kondisi pasien, meliputi denyut nadi dan saturasi oksigen. *Pulse oximetry* sangat direkomendasikan sebagai komponen penting untuk rumatan anestesi yang aman oleh WHO. Jika tidak ada *pulse oximetry*, ahli bedah dan tim anestesi harus melatih ketajaman indra tentang kondisi pasien dan mempertimbangkan menunda operasi sampai kondisi aman dan stabil.

## 2. Konfirmasi riwayat alergi

Koordinator harus menanyakan dua hal berikut kepada tenaga anestesi. Pertama, koordinator harus bertanya apakah pasien memiliki riwayat alergi, dan jika demikian, apa itu. Hal ini harus dilakukan, ia harus mendapat jawaban bahwa tim anestesi profesional telah mengetahui ada tidaknya alergi yang menimbulkan risiko bagi pasien. Jika koordinator tahu adanya alergi

dan tim anestesi profesional tidak mengetahuinya, maka informasi ini harus disampaikan. ( WHO, 2008)

Angka kejadian reaksi hipersensitivitas mengancam jiwa yang terjadi selama operasi dan anestesi sangat jarang atau sekitar satu dari 10.000 prosedur. Reaksi alergi serius terhadap obat anestesi sangat jarang, dan biasanya disebabkan faktor lain selain obat bius . Agen neuromuskular blocking , lateks karet alam dan antibiotik adalah penyebab paling umum dari reaksi alergi yang serius selama operasi . Tingkat kematian dari reaksi ini adalah sekitar 3-6 % . Pengobatan secara langsung Adrenalin (epinefrin ) saat ini menjadi pilihan utama pengobatan. Sedangkan kortikosteroid dan antihistamin memberikan manfaat terbatas dalam situasi akut.

Untuk membantu membatasi kemungkinan pasien bereaksi terhadap antibiotik yang digunakan dalam anestesi , dokter selalu bertanya tentang reaksi terhadap penisilin atau antibiotik terkait sebelumnya. Jadi mengetahui riwayat obat alergi adalah salah satu cara untuk melindungi diri sendiri .

Jika pasien menderita reaksi alergi selama anestesi , sebaiknya penderita menerima catatan khusus atau surat keterangan kesehatan dari anestesi menggambarkan keadaan yang telah dialaminya. Kemudian nantinya penderita dapat memberikan surat kepada dokternya sebelum prosedur medis di masa depan .

Terjadinya anafilaksis selama anestesi umum harus jadi perhatian utama , karena kurang adanya informasi yang relevan yang menjadi dasar strategi untuk mendiagnosa dan mencegah anafilaksis dan kekambuhannya . Semua obat anestesi yang digunakan selama anestesi dapat memicu reaksi alergi .

### 3. Resiko aspirasi, kesulitan penguasaan jalan napas

Koordinator harus secara lisan melakukan konfirmasi bahwa tim anestesi telah menilai apakah pasien memiliki kesulitan penguasaan jalan napas. Ada sejumlah cara untuk menilai tingkat kesulitan jalan napas (seperti skor Mallampati, jarak thyromental, dan skor Bellhouse-Doré).

Evaluasi obyektif jalan napas dengan menggunakan metode yang valid lebih penting daripada pilihan metode itu sendiri. Kematian karena kehabisan napas selama anestesi secara umum masih sering terjadi, tetapi dapat dicegah dengan perencanaan yang tepat. Jika evaluasi jalan napas menunjukkan risiko tinggi untuk kesulitan penguasaan jalan napas (seperti skor Mallampati dari 3 atau 4), tim anestesi harus mempersiapkan antisipasinya. Ini termasuk penggunaan anestesi minimal dan menyesuaikan teknik anestesi yang paling aman (misalnya, jika memungkinkan menggunakan anestesi regional) dan memiliki peralatan darurat yang tepat. Selama induksi anestesi harus didampingi seorang asisten yang profesional yang membantu bila ada keadaan darurat.

Risiko aspirasi juga harus dievaluasi sebagai bagian dari penilaian jalan napas. Jika pasien memiliki gejala refluks aktif atau perut penuh, tenaga tim anestesi harus mempersiapkan kemungkinan aspirasi. Risiko ini dapat dikurangi dengan memodifikasi rencana anestesi, misalnya menggunakan teknik induksi cepat dan mendapat bantuan dari asisten dengan memberikan tekanan krikoid selama induksi. (WHO, 2008)

4. Resiko Kehilangan darah > 500 ml ( 7 ml/kgBB pada anak) dan rencana terapi cairan / darah.

Dalam hal ini koordinator meminta tim anestesi mengkaji apakah ada risiko pasien kehilangan darah lebih dari 500 cc selama operasi. Kehilangan banyak darah adalah bahaya yang paling umum dan penting bagi pasien bedah, dengan risiko syok hipovolemik meningkat ketika darah hilang melebihi 500 ml (7 ml / kg pada anak-anak). Persiapan yang memadai dan resusitasi yang tepat dapat mengurangi risiko lebih fatal. Ahli bedah mungkin tidak selalu mengkomunikasikan risiko kehilangan darah kepada tim anestesi dan staf perawat. Oleh karena itu, jika tim anestesi tidak tahu apa ada risiko kehilangan darah yang banyak pada suatu kasus, dia harus mendiskusikan risiko tersebut dengan dokter bedah sebelum induksi anestesi. Jika ada risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml, sangat disarankan adanya dua jalur infus jarum besar atau akses vena pusat yang dipasang sebelum sayatan kulit. Selain itu, tim harus mengkonfirmasi ketersediaan cairan atau darah untuk resusitasi. (Catatan bahwa kehilangan darah yang diharapkan akan ditinjau kembali oleh dokter bedah selama "sign out". (WHO, 2008)

Terapi cairan perioperasi meliputi pemberian cairan rumatan/ pemeliharaan (*maintenance*), defisit cairan karena puasa, dan defisit cairan saat operasi. Hal-hal yang perlu diperhitungkan untuk penggantian cairan ini adalah:

- a. Terapi Cairan Rumatan

Saat pasien puasa, terjadi penurunan jumlah cairan dan elektrolit alam tubuh sebagai akibat ekskresi urin, sekresi gastrointestinal, keringat, dan

*invisible lost* dari kulit dan saluran pernapasan. Kebutuhan ini disebut kebutuhan cairan rumatan (*maintenance*)

b. Terapi Cairan Pengganti Puasa

Pasien yang akan dioperasi akan mengalami defisit cairan yang sebanding dengan lamanya ia berpuasa. Cairan yang diperlukan dapat diperhitungkan dengan mengalikan kebutuhan cairan rumatan dengan lamanya berpuasa. Cairan diberikan  $\frac{1}{2}$  bagian diberikan pada 1 jam pertama,  $\frac{1}{4}$  bagian padajam kedua, dan  $\frac{1}{4}$  bagian pada jam ketiga.

c. Terapi Cairan Pengganti Evaporasi dan Redistribusi

Saat operasi berlangsung terjadi hilangnya cairan dari tubuh pasien melalui darah yang keluar atau hilangnya cairan akibat evaporasi atau redistribusi ke jaringan interstisial. Penggantian cairan intraoperasi seharusnya meliputi kebutuhan cairan dasar, kebutuhan cairan preoperasi, dan kebutuhan cairan intraoperasi. Untuk prosedur dengan perdarahan minimal, pasien dapat diberi pemberian cairan rumatan. Manajemen cairan pasien operasi adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeliharaan: 2 ml/kg/jam
- 2) Stress operasi:
  - a) operasi ringan : 4 ml/kgBB/jam
  - b) operasi sedang : 6 ml/kgBB/jam
  - c) operasi berat : 8 ml/kgBB/jam
- 3) Pada anak dan bayi
  - a) Pemeliharaan:
    - (1). 10 kg pertama 4 ml/kgBB/jam

(2). 10 kg kedua 2 ml/kgBB/jam

(3). Kg selanjutnya 1 ml/kgBB/jam

(4). bedakan dengan kebutuhan per hari :

b) Defisit puasa (DP): cairan pemeliharaan x jam puasa

c) Stress operasi :

(1). Ringan : 2 ml/kgBB/jam

(2). Sedang : 4 ml/kgBB/jam

(3). Berat : 6 ml/kgBB/jam

(John N. Lunn, 2005)

### 2.3.3. Fase *Time Out*

Fase *Time Out* adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras bahwa mereka akan melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik *profilaksis* telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.

1. Konfirmasi seluruh anggota Tim memperkenalkan nama dan perannya masing-masing.

Anggota tim memperkenalkan diri masing-masing dan posisinya dalam tim, hal ini sangat membantu kelancaran operasi. Apalagi bila dalam tim tersebut ada anggota baru. Saling mengenal nama dan peran dalam tim akan mempermudah komunikasi sehingga memperlancar tindakan operasi yang dilakukan terhadap pasien. (WHO, 2008)

2. Dokter bedah, dokter anestesi dan perawat melakukan konfirmasi secara verbal nama pasien, prosedur dan lokasi dimana insisi akan dibuat.

Walaupun dalam fase sign in sudah dilakukan tetapi prosedur ini harus diulang pada fase time out. Hal ini untuk lebih memastikan tidak terjadi kesalahan identitas pasien, diagnosa dan lokasi insisi. Prinsip teliti dan kehati-hatian harus selalu diterapkan untuk mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan. (WHO, 2008)

3. Apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan 30-60 menit sebelumnya, nama dan dosis antibiotik.

Antibiotik adalah zat yang dihasilkan oleh mikroba, terutama fungi yang dapat menghambat pertumbuhan atau membasmi mikroba jenis lain (Saifudin, 2008). Obat yang digunakan untuk membasmi mikroba, penyebab infeksi pada manusia, ditentukan harus memiliki sifat toksisitas selektif setinggi mungkin. Artinya, obat tersebut haruslah bersifat sangat toksik untuk mikroba, tetapi relatif tidak toksik untuk hospes (Ganiswara dkk., 2001)

Antibiotik profilaksis adalah antibiotik yang diberikan sebelum operasi atau segera saat operasi pada kasus yang secara klinis tidak didapatkan tanda-tanda nyata adanya infeksi. Diharapkan saat operasi jaringan target sudah mengandung kadar antibiotik tertentu yang efektif untuk menghambat pertumbuhan kuman atau membunuh kuman (Saifudin,2008).

Profilaksis antibiotik diperlukan dalam keadaan-keadaan berikut (Saifudin,2008):

- a. Untuk melindungi seseorang yang terkena kuman tertentu.

b. Mencegah endokarditis pada pasien yang mengalami kelainan katub jantung atau defek septum yang akan menjalani prosedur dengan resiko bakteremia, misalnya ekstraksi gigi, pembedahan dan lain-lain.

Untuk kasus bedah, profilaksis diberikan untuk tindakan bedah tertentu yang sering disertai infeksi pasca bedah atau yang berakibat berat bila terjadi infeksi pasca bedah. Antibiotik profilaksis digunakan untuk membantu mencegah infeksi. Jika seorang ibu dicurigai atau didiagnosis menderita suatu infeksi, pengobatan dengan antibiotik merupakan jalan yang tepat. Pemberian antibiotik profilaksis 30 menit sebelum memulai suatu tindakan, jika memungkinkan, akan membuat kadar antibiotik dalam darah yang cukup pada saat dilakukan tindakan. Dalam operasi bedah sesar, antibiotik profilaksis sebaiknya diberikan sewaktu tali pusat dijepit setelah bayi dilahirkan. Satu kali dosis pemberian antibiotik profilaksis sudah mencukupi dan tidak kurang efektif jika dibanding dengan tiga dosis atau pemberian antibiotik selama 24 jam dalam mencegah infeksi (Saifudin, 2008).

Dasar pemilihan jenis antibiotik untuk tujuan profilaksis adalah sebagai berikut (Saifudin, 2008):

- a. Sesuai dengan peta medan mikroba patogen terbanyak pada kasus yang bersangkutan.
- b. Antibiotik yang dipilih memiliki spektrum sempit untuk mengurangi resiko resistensi kuman
- c. Memiliki toksisitas rendah
- d. Memiliki potensi sebagai bakterisidal

e. Harga terjangkau

Dilihat dari waktu saat pemberian antibiotik profilaksis pada umumnya 30 – 60 menit sebelum operasi, secara praktis umumnya diberikan pada saat induksi anestesi. Pada bedah sesar, untuk menghindari masuknya antibiotik pada janin, antibiotik dapat diberikan segera setelah penjepitan tali pusat (Saifudin, 2008). Lama penggunaan antibiotik yang digunakan untuk keperluan profilaksis pada umumnya memiliki waktu paruh yang pendek (1- 2 jam). Oleh karena itu, pemakaian antibiotik harus diulang apabila operasi telah berlangsung 1 jam atau lebih. Namun, pada penelitian lain didapatkan *slow clearance* antibiotik pada saat operasi. Sefuroksim yang memiliki waktu paruh 1 – 2 jam, dapat bertahan sampai 2 – 4 jam sehingga dengan pemberian tunggal tampaknya konsentrasi antibiotik dalam jaringan masih tetap terpelihara (Saifudin, 2008).

4. Antisipasi Kejadian kritis :

- a. Review dokter bedah : langkah apa yang akan dilakukan bila kondisi kritis atau kejadian yang tidak diharapkan, pemanjangan lamanya operasi dan antisipasi kehilangan darah
- b. Review tim anestesi : apakah ada hal khusus yang perlu diperhatikan pada pasien, apa perlu pemasangan CVP,
- c. Review tim perawat : apakah peralatan sudah steril, adakah alat-alat yang perlu perhatian khusus

(WHO, 2008)

5. Apakah foto rontgen/ CT-Scan dan MRI telah ditayangkan.

Pemeriksaan radiologi sangat penting untuk memastikan perencanaan yang tepat dalam tindakan operasi, pemeriksaan ortopedi, tulang belakang dan dada, serta reseksi tumor. Selama "Time Out", koordinator harus meminta ahli bedah, apakah hasil radiologi diperlukan untuk kasus ini. Jika demikian, koordinator harus mengkonfirmasi secara lisan dan hasil radiologi ditampilkan selama operasi.(WHO, 2008).

### 2.3.4 Fase Sign Out

Fase *Sign Out* adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan kasa, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah akhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi. (WHO, 2008).

1. Perawat melakukan konfirmasi secara verbal dengan tim :

a. Nama prosedur tindakan telah dicatat

Karena prosedur mungkin telah berubah atau berkembang selama operasi, koordinator harus konfirmasi dengan dokter bedah dan tim apa prosedur dilakukan. Hal ini dapat dilakukan sebagai pertanyaan, "Apa prosedur dilakukan?" atau sebagai konfirmasi, "Kami melakukan prosedur x, benar?". (WHO, 2008)

b. Instrumen, kasa dan jarum telah dihitung dengan benar

Peristiwa tertinggalnya instrumen, kasa dan jarum adalah hal yang sering terjadi dan berpotensi bencana. Perawat instrument secara lisan harus mengkonfirmasi kelengkapan kasa akhir dan jumlah jarum. Dalam kasus dengan rongga terbuka, jumlah instrumen juga harus dipastikan selesai. Jika jumlah tidak sesuai, maka tim harus waspada dan segera mengambil tindakan yang tepat, seperti memeriksa kain linen, sampah dan luka atau, jika perlu, menggunakan pemeriksaan radiografi. (WHO, 2008)

- c. Spesimen telah diberi label ( termasuk nama pasien dan asal jaringan spesimen)

Salah pelabelan spesimen patologis berpotensi bencana untuk pasien dan telah terbukti menjadi penyebab kesalahan pemeriksaan laboratorium. Perawat sirkuler harus mengkonfirmasi pelabelan yang benar dari setiap spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membaca dengan suara keras nama pasien ,dan deskripsi spesimen. (WHO, 2008)

- d. Adakah masalah dengan peralatan selama operasi

Masalah peralatan sangat penting dinilai secara menyeluruh dalam ruang operasi. Akurat mengidentifikasi sumber-sumber kegagalan dari instrumen atau peralatan yang tidak berfungsi sangat penting dalam mencegah perangkat dari CSSD ke ruang operasi sebelum masalah diatasi. Koordinator harus memastikan bahwa masalah peralatan yang timbul selama kasus diidentifikasi oleh tim. (WHO, 2008 )

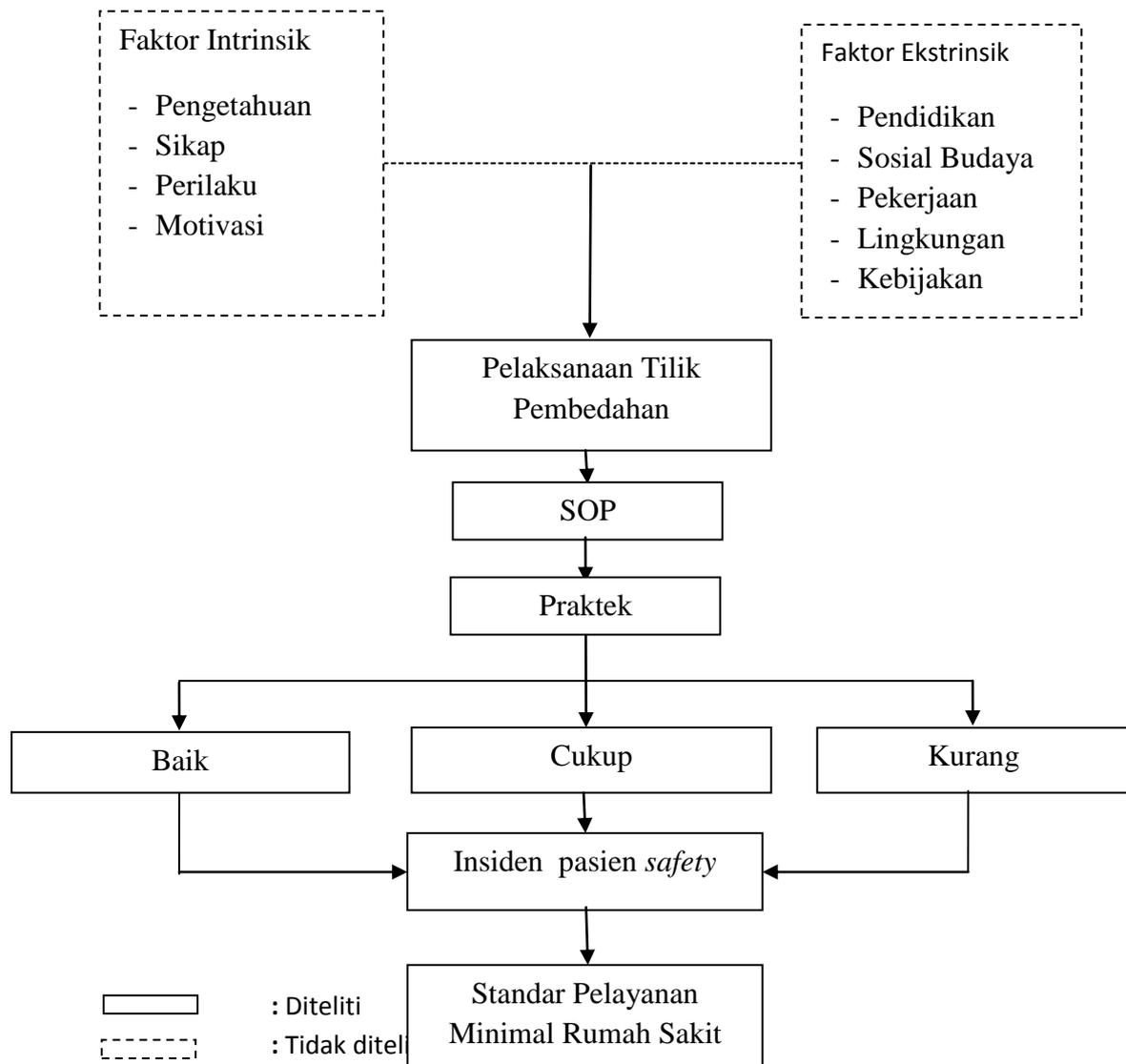
2. Dokter operator, dokter anestesi dan perawat melakukan review masalah utama pasien.

Dokter bedah, tim anestesi dan perawat harus meninjau pemulihan paska operasi dan rencana pengelolaan pasien, dengan fokus utama pada kejadian intraoperatif atau masalah anestesi yang dapat mempengaruhi pasien. Tindakan yang menimbulkan risiko tertentu kepada pasien selama pemulihan harus dikomunikasikan dengan baik. Tujuan dari langkah ini adalah memberikan informasi penting yang sama untuk seluruh tim.(WHO, 2008)

3. Operator, dokter anestesi dan perawat sirkuler menandatangani lembar tilik pembedahan.

Dokter operator, dokter anestesi dan perawat sirkuler harus menandatangani lembar tilik pembedahan sebelum meninggalkan ruang operasi. Dengan tanda tangan tersebut menunjukkan tim telah melaksanakan prosedur tilik pembedahan dengan baik dan benar, sehingga semua tindakan yang diberikan kepada pasien bisa dipertanggungjawabkan. ( WHO, 2008 )

## 2.4. Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual Hubungan Pelaksanaan Tilik Pembedahan dengan insiden *Pasien Safety* di ruang operasi.

## 2.5. Hipotesis

Dari uraian permasalahan diatas, maka Rumusan Hipotesisnya sebagai berikut: Ada hubungan antara pelaksanaan prosedur tilik pembedahan dengan insiden pasien *safety* di ruang operasi.