

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kepatuhan

a. Pengertian

Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap aturan, perintah, prosedur dan disiplin. Sedang kepatuhan petugas profesional adalah perilaku sebagai seorang yang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Arikunto, 2010).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Setiadi (2007) yaitu:

1) Kemampuan

Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang bertujuan meningkatkan kemampuan dan ketrampilan khusus. Latihan adalah menyempurnakan potensi tenaga-tenaga dengan mengulang-ulang aktifitas tertentu (Notoatmodjo, 2010).

Kemampuan dikategorikan menjadi:

a) Kecakapan teknis

Kecakapan teknis adalah kemampuan untuk mengaplikasikan pengetahuan atau pengalaman.

b) Kecakapan manusia

Kecakapan manusia adalah kemampuan untuk bekerja dengan mengerti, memotivasi diri sendiri, orang lain dan kelompok.

c) Kecepatan konseptual

Kecepatan konseptual adalah kemampuan secara mental untuk menganalisa dan mendiagnosa situasi secara kompleks (Notoatmodjo, 2010).

2) Motivasi

Motivasi berasal dari bahasa latin yaitu *moreve* yang berarti dorongan dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Pengertian perilaku tidak terlepas dari kata kebutuhan. Kebutuhan adalah suatu potensi dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspon. Tanggapan terhadap kebutuhan tersebut diwujudkan dalam bentuk tindakan untuk pemenuhan tersebut dan hasilnya adalah orang yang bersangkutan merasa atau menjadi puas, apabila kebutuhan tersebut belum terpenuhi maka akan berpotensi muncul kembali sampai dengan terpenuhinya kebutuhan yang dimaksud (Notoatmodjo, 2010).

Motivasi adalah logika yang mendasari proses belajar menurut Notoatmodjo (2010) empat pengaruh motivasi atas perilaku seseorang yaitu:

- a) Motivasi dapat memicu individu untuk memenuhi perilaku tertentu.

- b) Motivasi dapat mendorong perilaku tertentu untuk terus dilakukan.
- c) Motivasi dapat mengarahkan perilaku individu guna mencapai tujuan tertentu.
- d) Motivasi dapat mengarahkan individu sensitive untuk melakukan perilaku tertentu, sebaliknya seseorang yang tidak mempunyai motivasi belajar, sekalipun menghabiskan banyak waktu (disekolah maupun di universitas) yang bersangkutan tidak akan memperoleh apa-apa dalam proses belajar.

Dari berbagai batasan dan dalam konteks yang berbeda seperti tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa motivasi pada dasarnya merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya, jadi motivasi adalah suatu alasan seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya (Notoatmodjo, 2010).

3) Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak (Notoatmodjo, 2010). Sikap mengandung 3 komponen yang membentuk struktur sikap yaitu: Komponen kognitif, Komponen afektif dan Komponen konatif (Azwar, 2011).

- a) Komponen kognitif (komponen perceptual), yaitu komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan dan keyakinan, yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsi terhadap objek sikap.
- b) Komponen afektif (komponen emosional), yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang merupakan hal yang negatif. Komponen ini menunjukkan arah sikap, yaitu positif dan *negatif*.
- c) Komponen konatif (komponen perilaku/*action component*), yaitu komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap objek sikap. Komponen ini menunjukkan intensitas sikap, yaitu menunjukkan besar kecilnya kecenderungan bertindak atau berperilaku seseorang terhadap objek sikap.

Ketiga komponen di atas membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu: menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab (Notoatmodjo, 2010).

- a) Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
- b) Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

- c) Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
 - d) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.
- 4) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang disadari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan pikir dalam menumbuhkan kepercayaan diri maupun dorongan sikap dan perilaku, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulasi terhadap tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Notoatmodjo (2010) pengetahuan tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

- a) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu memori yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari. Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah.

Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebabkan, menguraikan dan sebagainya.

b) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diaplikasikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi riil. Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau pengetahuan hokum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah sebuah kemampuan untuk menjabarkan materi atau subjek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan dan sebagainya.

e) Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan pada kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun informasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f) Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan identifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

5) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha dasar yang terencana untuk mewujudkan dalam proses pembelajaran yang bertujuan aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat. Pendidikan dapat diperoleh dari dalam dan dari luar sekolah. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Depdiknas (2006) tingkat pendidikan di Indonesia dibagi menjadi:

- a) Pendidikan formal yaitu jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terbagi atas pendidikan dasar, menengah dan pendidikan tinggi.
 - b) Pendidikan non formal yaitu jalur pendidikan di luar pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.
 - c) Pendidikan informal yaitu pendidikan keluarga dan lingkungan.
- 6) Masa Kerja

Masa kerja adalah kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja disuatu tempat. Masa kerja dapat mempengaruhi tenaga kerja baik itu positif atau *negatif*. Pengaruh positif jika tenaga kerja dengan semakin lama bekerja maka akan semakin berpengalaman dalam melakukan tugasnya. Sebaliknya akan memberi pengaruh *negatif* jika semakin lamanya seseorang bekerja maka akan menimbulkan kebosanan (Mila, 2006).

Menurut Mila (2006) masa kerja terdiri dari tiga tingkat yaitu:

- 1) Masa kerja baru < 1 tahun.
- 2) Masa kerja 1-5 tahun.
- 3) Masa kerja lama > 5 tahun.

Semakin lama masa kerja perawat semakin berpengalaman perawat itu sendiri dalam melaksanakan tugas-tugas keperawatannya. Hubungan positif antara senioritas dan produktifitas pekerjaan, masa

kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktifitas perawat (Mila, 2006).

7) Usia

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari pada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur dalam melakukan suatu tindakan (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Notoatmodjo (2010), pembagian usia menurut tingkat kedewasaan sebagai berikut:

- a) 0-14 tahun : bayi dan anak-anak
- b) 15-49 tahun : orang muda dan dewasa
- c) >50 tahun : orang tua

2. Operasi

a. Pengertian

Operasi adalah suatu bentuk tindakan *invasive* yang hanya dapat dilakukan oleh tenaga profesional dan harus terlebih dahulu mendapatkan persetujuan klien dan keluarganya (Tamsuri, 2006).

Sedang menurut Brunner & Sudarth (2010), operasi adalah tindakan yang paling singkat dari rangkaian perawatan pasien bedah, tetapi yang paling berpengaruh terhadap hasil akhir perawatan.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa operasi adalah tindakan pembedahan yang harus dikerjakan oleh tenaga profesional yang harus terlebih dahulu mendapatkan persetujuan dari pasien dan keluarganya, dan tindakan pembedahan dengan menggunakan prinsip steril yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa pasien.

b. Tujuan Pembedahan

Menurut Tamsuri (2006) jenis pembedahan berdasarkan tujuannya, pembedahan dibagi menjadi:

- 1) *Kuratif* adalah pembedahan yang bertujuan untuk menghilangkan jaringan yang merupakan masalah dari suatu penyakit seperti eksisi tumor, *appendiktomi*.
- 2) *Diagnostic* adalah tindakan operasi yang bertujuan untuk mengetahui diagnosa yang sebenarnya dari sebuah penyakit, hal ini dilakukan karena ketidakjelasan diagnosa maka dari itu harus dilakukan pembuktian dengan operasi seperti biopsi, laparotomi eksplorasi.
- 3) *Reparative* adalah operasi yang dilakukan untuk memperbaiki suatu keadaan tau luka tertentu seperti luka multiple atau debridemen.
- 4) *Estetika* adalah adalah pembedahan yang dilakukan untuk memperindah bagian tubuh dengan tujuan estetik.

- 5) *Paliatif* adalah operasi yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri, memperbaiki masalah (*gastronomy* dan ketidakmampuan menelan).
- 6) *Transplantasi* adalah operasi yang dilakukan dengan tujuan menanam organ tubuh tertentu untuk menggantikan struktur atau fungsi dari suatu organ yang mengalami kerusakan (cangkok ginjal, kornea, jantung, dll).

c. Klasifikasi Pembedahan

Menurut Brunner & Sudarth (2010), pembedahan dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1) Bedah Mayor

Bedah mayor merupakan pembedahan yang relatif lebih sulit untuk dilakukan daripada pembedahan minor, membutuhkan waktu, dan melibatkan resiko terhadap nyawa pasien, dan memerlukan bantuan asisten seperti contoh bedah sesar, mammektomi, bedah torak, bedah otak.

2) Bedah Minor

Beda minor merupakan pembedahan yang secara relatif dilakukan secara simple, tidak memiliki resiko terhadap nyawa pasien dan tidak memerlukan bantuan asisten untuk melakukannya seperti contoh membuka abses superficial, pembersihan luka, inokulasi, superficial neuroktomi dan tenotomi.

3) Bedah *Emergency*

Bedah emergency merupakan pembedahan yang dilakukan darurat, tidak boleh ditunda dan membutuhkan perhatian segera (gangguan mungkin mengancam jiwa) seperti contoh luka bakar sangat luas, perdarahan hebat.

4) Bedah Elektif

Bedah elektif merupakan pembedahan yang dilakukan ketika diperlukan dan kalau tidak dilakukan juga tidak terlalu membahayakan nyawa. Contoh: hernia sederhana, perbaikan vaginal.

3. Tim operasi

Sebuah kamar operasi bisa jadi merupakan ruangan paling istimewa di rumah sakit yang pengelolaannya bisa dibilang paling khusus dibanding ruangan lain pada umumnya. Di tempat itu segala tindakan invasif bisa dilakukan terhadap tubuh manusia, untuk menjamin tindakan operasi berjalan dengan lancar dan meminimalisir faktor-faktor pengganggu, maka perlu dilakukan pengendalian kamar operasi yang baik. Untuk meningkatkan kualitas pengelolaan kamar operasi, kerja sama yang baik sangat diperlukan antar para personilnya, baik dokter, perawat dan anestesi (Potter & Perry, 2013).

a. Jenis Tenaga

Jenis tenaga di tim operasi terdiri dari menurut Potter & Perry (2013):

- 1) Ahli bedah (dokter)
- 2) Asisten ahli bedah (*scrub nurse*)

- 3) Perawat instrumen (*circulating nurse*)
- 4) Ahli/ perawat anestesi

b. Uraian Tugas

- 1) Ahli bedah (doker)

Pembedahan dalam bahasa Yunani disebut *cheiourgia*, yaitu “pekerjaan tangan”, dalam melaksanakan pekerjaannya spesialis bedah menggunakan tangan dengan bantuan beberapa alat bedah seperti gunting dan pisau bedah (Cahyono, 2008).

Dokter bedah sebagai kapten tim dituntut memiliki ketrampilan teknis dan non teknis, memiliki ketrampilan klinis berarti setiap anggota tim berkompeten dalam bidangnya masing-masing, memiliki ketrampilan non teknis berarti setiap anggota tim dapat bekerja sama dalam tim. Setiap anggota tim dapat saling mendengarkan, saling mengingatkan, bertanya bila tidak jelas, menghormati dan menghargai, saling menolong, saling berbagi rasa dan pengalaman (Cahyono, 2008).

Dokter bedah sebagai kapten tim bertanggung jawab terhadap kelengkapan pemenuhan persyaratan baik prosedur medis dan administratif pada perioperatif. Dokter bedah harus menilai resiko yang dapat dihindari maupun yang tak dapat dihindari. Untuk mengantisipasi resiko yang dapat dihindari, mungkin perlu modifikasi perilaku pasien, seperti menurunkan berat badan, menghentikan kebiasaan merokok atau minum alkohol, sebelum

dilakukan bedah elektif. Dilain pihak risiko yang tidak bisa dihindari harus dijelaskan kepada pasien atau prosedur tidak jadi dilakukan (Cahyono, 2008).

Spesialis bedah memiliki beberapa tugas penting dalam sebuah operasi. Selama menjalankan tugas di meja operasi, spesialis bedah membutuhkan keterampilan motorik yang baik untuk menggunakan instrumen bedah. Tingkat toleransi dan kesabaran sangat diperlukan, karena pembedahan dapat berlangsung berjam-jam, Ada beberapa tugas spesialis bedah yaitu (Cahyono, 2008) :

- a) Mempelajari rekam medis pasien dan meramalkan hasil setelah operasi.
- b) Evaluasi terhadap kondisi fisik pasien sebelum memutuskan prosedur operasi.
- c) Memastikan teater operasi dilengkapi dengan instrumen bedah yang diperlukan.
- d) Memberikan informasi dan risiko terkait operasi kepada pasien
- e) Mengelola, merencanakan dan menjadwalkan operasi setelah mempelajari kondisi pasien.
- f) Menyediakan semua yang diperlukan selama perawatan usai pembedahan.

2) Perawat Instrumen

Perawat *Scrub* atau yang di Indonesia dikenal sebagai perawat instrumen memiliki tanggung jawab terhadap manajemen instrument operasi pada setiap jenis pembedahan. Secara spesifik peran perawat instrumen adalah sebagai berikut (Potter & Perry, 2013):

a) Sebelum pembedahan

- (1) Melakukan kunjungan pasien yang akan dibedah minimal sehari sebelum pembedahan untuk memberikan penjelasan/ memperkenalkan tim operasi.
- (2) Menyiapkan operasi dalam keadaan siap pakai meliputi: kebersihan ruang operasi, meja mayo/ instrument, meja operasi lengkap, lampu operasi, mesin anestesi lengkap, suction pump, gas medis.
- (3) Menyiapkan set instrumen steril sesuai jenis pembedahan menyiapkan cairan antiseptik/ desinfektan dan bahan-bahan sesuai keperluan pembedahan.

b) Saat pembedahan

- (1) Memperingati “tim operasi steril” jika terjadi penyimpangan prosedur aseptik.
- (2) Membantu mengenakan jas steril dan sarung tangan untuk ahli bedah dan asisten.

- (3) Menata instrumen steril di meja mayo sesuai dengan urutan prosedur pembedahan.
- (4) Memberikan bahan desinfeksi kulit yang akan disayat.
- (5) Memberikan laken steril untuk prosedur *draping*.
- (6) Memberikan instrument kepala ahli bedah sesuai urutan prosedur dan kebutuhan tindakan pembedahan secara tepat dan benar.
- (7) Memberikan duk steril kepada operator, dan mengambil kain kassa yang telah digunakan dengan memakai alat.
- (8) Menyiapkan benang jahitan sesuai kebutuhan, dalam keadaan siap pakai.
- (9) Mempertahankan instrumen selama pembedahan dalam keadaan tersusun secara sistematis untuk memudahkan saat bekerja.
- (10) Membersihkan instrumen dari darah pada saat pembedahan untuk mempertahankan sterilisasi alat dari meja mayor.
- (11) Menghitung kain kassa, jarum dan instrumen.
- (12) Memberitahukan hasil penghitungan alat, kain kassa dan jarum pada ahli bedah sebelum operasi dimulai dan sebelum luka ditutup.
- (13) Menyiapkan cairan untuk mencuci luka.
- (14) Membersihkan kulit sekitar luka setelah luka dijahit.

(15) Penyiapan bahan pemeriksaan laboratorium/patologi jika ada.

c) Setelah pembedahan

- (1) Memfiksasi drain dan kateter (jika terpasang).
- (2) Membersihkan dan memeriksa adanya kerusakan kulit pada daerah yang dipasang *electrode* (wajib dikerjakan).
- (3) Mengganti alat tenun, baju pasien dan penutup serta memindahkan pasien dari meja operasi ke kereta dorong.
- (4) Memeriksa dan menghitung semua instrumen sebelum dikeluarkan dari kamar operasi.
- (5) Memeriksa ulang catatan dan dokumentasi pembedahan dalam keadaan lengkap.
- (6) Membersihkan instrumen bekas dengan cara: pembersihan awal, merendam dengan cairan desinfektan yang mengandung deterjen, menyikat sela-sela engsel instrumen, membilas dengan air mengalir, dan mengeringkan.
- (7) Membungkus instrumen sesuai jenis macam, bahan, kegunaan, dan ukuran. Memasang *indicator autoclave* dan membuat label nama alat-alat (set) pada setiap bungkusan instrumen dan selanjutnya siap untuk disterilkan sesuai prosedur yang berlaku.
- (8) Membersihkan kamar operasi setelah tindakan pembedahan selesai agar siap pakai.

3) Perawat Sirkulasi

Perawat sirkulasi merupakan tenaga perawat yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan tindakan pembedahan. Secara spesifik peran perawat instrumen adalah sebagai berikut (Potter & Perry, 2013):

a) Sebelum pembedahan:

- (1) Menerima pasien yang akan dbedah.
- (2) Memeriksa dengan menggunakan formulir “checklist” meliputi: kelengkapan dokumen medis, kelengkapan obat-obatan, cairan, alat kesehatan, persediaan darah (bila diperlukan).
- (3) Meriksa persiapan fisik
- (4) Melakukan serah terima pasien dan perlengkapan sesuai isian checklist dengan perawat ruang rawat.
- (5) Memberikan penjelasan ulang kepada pasien sebatas kewenangan tentang: tindakan pembedahan yang akan dilakukan, tim operasi yang akan menolong, fasilitas yang ada dukamar bedah, antara lain lampu operasi dan mesin pembiusan dan tahap-tahap anestesi.

b) Saat Pembedahan

- (1) Mengatur posisi pasien sesuai jenis pembedahan dan bekerja sama dengan petugas anestesi.
- (2) Membuka set steril dengan memperhatikan teknik aseptik.

- (3) Mengingatkan tim operasi jika mengetahui adanya penyimpangan penerapan teknik aseptik.
- (4) Mengikat tali jas steril tim operasi.
- (5) Membantu mengukur dan mencatat kehilangan darah dan cairan dengan cara mengetahui jumlah produksi urin, jumlah perdarahan, jumlah cairan yang hilang.

c) Setelah Pembedahan

- (1) Membersihkan dan merapikan pasien yang sudah selesai dilakukan pembedahan.
- (2) Memindahkan pasien dari meja operasi di kereta dorong yang telah disediakan.
- (3) Mengatur dan mencatat tanda-tanda vital.
- (4) Mengukur tingkat kesadaran dengan cara memanggil nama pasien, memberikan stimulus, dan memeriksa reaksi pupil.
- (5) Meneliti, menghitung dan mencatat obat-obatan serta cairan yang diberikan pada pasien.
- (6) Memeriksa kelengkapan dokumen medis.
- (7) Mendokumentasikan tindakan keperawatan selama pembedahan.
- (8) Melakukan serah terima dengan perawat/petugas RR.

4) Perawat Anestesi

Merupakan seorang tenaga perawat professional yang diberi wewenang dan tanggung jawab dalam membantu terselenggaranya

pelaksanaan tindakan pembiusan dikamar operasi. Uraian tugas anestesi antara lain (Potter & Perry, 2013):

a) Sebelum pembedahan:

- (1) Melakukan kunjungan pra anestesi untuk menilai status fisik pasien sebatas tanggung jawabnya.
- (2) Menerima pasien diruang penerimaan kamar operasi.
- (3) Menyiapkan alat dan mesin anestesi dan kelengkapan formulir anestesi.
- (4) Menilai kembali fungsi dan keadaan mesin dan kelengkapan formulir anestesi.
- (5) Menilai kembali fungsi dan mesin anestesi dan alat monitoring.
- (6) Menyiapkan kelengkapan meja operasi.
- (7) Menyiapkan botol suction.
- (8) Mengatur posisi meja operasi sesuai tindakan operasi.
- (9) Memasang infus atau tranfusi jika diperlukan.
- (10) Memberikan premedikasi sesuai program dokter anestesi.
- (11) Mengukur tanda vital dan menilai kembali kondisi fisik pasien.
- (12) Memindahkan pasien ke meja operasi dan memasang sabuk pengaman.
- (13) Menyiapkan obat-obatan bius dan membantu ahli anestesi dalam proses pembiusan.

b) Saat Pembedahan:

- (1) Membebaskan jalan nafas, dengan cara mempertahankan posisi *endotracheal tube*.
- (2) Memenuhi keseimbangan O₂ dan CO₂ dengan cara memantau *flowmeter* pada mesin pembiusan.
- (3) Mempertahankan keseimbangan dengan cara mengukur dan memantau cairan tubuh yang hilang selama pembedahan antara lain: cairan lambung, cairan perut, urin, perdarahan.
- (4) Mengukur tanda vital.
- (5) Memberi obat sesuai program pengobatan.
- (6) Melaporkan hasil pemantauan kepada dokter ahli anestesi/bedah.
- (7) Menjaga keamanan pasien dari bahaya jatuh.
- (8) Menilai hilangnya efek obat anestesi pada pasien.
- (9) Melakukan resusitasi pada henti jantung.

c) Setelah Pembedahan:

- (1) Mempertahankan jalan nafas pasien.
- (2) Memantau tanda-tanda vital untuk mengetahui sirkulasi pernafasan dan keseimbangan cairan.
- (3) Memantau dan mencatat tentang perkembangan pasien perioperatif.
- (4) Menilai respon pasien terhadap efek obat anestesi.

- (5) Melengkapi catatan perkembangan pasien sebelum, selama dan sesudah pembiusan.

4. *Patient Safety*

a. Pengertian

Patient Safety adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial, psikologis, cacat, kematian) terkait dengan pelayanan kesehatan (KKP-RS, 2008).

Patient Safety (keselamatan pasien) RS adalah suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: *assesment* risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes, 2006).

b. Standar *Patient Safety* menurut Depkes (2006)

1) Standar I Hak Pasien.

Pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

Kriteria :

- a) Harus ada dokter penanggung jawab.

- b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
 - c) Dokter 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 KTD.
- 2) Standar II Mendidik Pasien dan Keluarga.

Rumah Sakit wajib mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan dapat di tingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan patner dalam proses pelayanan. di Rumah Sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien asuhan pasien.

Kriteria :

- a) Memberi informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- c) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan Rumah Sakit.
- f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

3) Standar III Keselamatan Pasien dan Kestinambungan Pelayanan.

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

Kriteria:

- a) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan, dan saat pasien keluar dari RS.
- b) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transaksi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- c) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- d) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman, dan efektif.

4) Standar IV

Rumah Sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor, dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif,

dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria:

- a) Setiap Rumah Sakit harus melakukan proses perencanaan yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan RS, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “langkah menuju keselamatan pasien RS”.
 - b) Setiap RS wajib melakukan pengumpulan data kinerja antara lain yang terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, mutu pelayanan dan keuangan.
 - c) Setiap RS harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD / KNC, dan secara proaktif melakukan evaluasi suatu proses kasus risiko tinggi.
 - d) Setiap RS harus bisa menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- 5) Standar V Peran Kepemimpinan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

Kriteria:

- a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.

- b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari KNC sampai dengan KTD.
- c) Tersedianya mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari RS terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d) Tersedia prosedur "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 internal dan external 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 risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian.
- g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam RS dengan pendekatan antar disiplin.

- h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang di butuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja RS dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
 - i) Tersedia sasaran terukur dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja RS dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.
- 6) Standar VI Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien.

Kriteria:

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

7) Standar VII Komunikasi

Kriteria:

- a) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
 - b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.
- c. Langkah Penerapan Program *Patient Safety* menurut Depkes (2006)
- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
 - 2) Membangun komitmen dan fokus yang jelas tentang keselamatan pasien.
 - 3) Membangun sistem dan proses manajemen terhadap potensial masalah.
 - 4) Membangun sistem pelaporan.
 - 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
 - 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dengan melakukan analisis akar masalah.
 - 7) Mencegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien dengan menggunakan informasi yang ada.

5. *Surgical safety checklist*

a. Pengertian

Surgical safety checklist adalah sebuah daftar pemeriksaan 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 (WHO, 2009).

b. Manfaat Penggunaan

- 1) *Surgical safety checklist* disusun untuk membantu tim operasi untuk mengurangi angka kejadian yang tidak diharapkan (KTD).

Banyaknya kejadian tidak diinginkan (KTD) yang terjadi akibat pembedahan mengakibatkan WHO membuat program *surgical safety checklist* untuk mengurangi kejadian tidak diinginkan (KTD). Dalam praktiknya *surgical safety checklist* bermanfaat untuk mengurangi angka kematian dan komplikasi, beberapa penelitian menunjukkan angka kematian dan komplikasi berkurang setelah digunakan *surgical safety checklist*. Penelitian Haynes menunjukkan angka kematian berkurang dari 1,5% menjadi 0,8% dan angka komplikasi berkurang dari 11% menjadi 7,0% (Haynes, *et al.* 2009). Penelitian Latonsky menghasilkan hal yang serupa bahwa jika *Surgical safety checklist* dilaksanakan secara konsisten maka angka kematian mengalami penurunan dari 1,5% menjadi 0,8% dan angka komplikasi turun dari 11% menjadi 7% (Latonsky, *et al.* 2010).

- 2) Menurunkan *surgical site infection* dan mengurangi risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml.

Penelitian Weiser menunjukkan angka infeksi luka operasi (ILO) mengalami penurunan setelah dilakukan penelitian dengan

menggunakan SSCL. Angka ILO turun dari 11,2% menjadi 6,6% dan risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml turun dari 20,2% menjadi 13,2% (Weizer, 2008).

- 3) Menurunkan proporsi pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit.

Vries pada penelitian tentang “*a Surgical Patient Safety System*” menghasilkan penerapan *Surgical Patient Safety System* operasi menghasilkan waktu yang lebih lama dari 23,9-29,9 menjadi 32,9 menit, akan tetapi jumlah pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit menurun sebesar 6% (Depkes RI, 2006).

- 4) Fungsi yang paling umum adalah menyediakan informasi yang detail mengenai kasus yang sedang dikerjakan, konfirmasi detail, penyuaan fokus diskusi dan kemudian pembentukan tim (Depkes RI, 2006).
- 5) Penggunaan *checklist* kertas merupakan salah satu solusi karena *checklist* kertas dapat disediakan dengan cepat dan membutuhkan biaya sedikit, selain itu *checklist* kertas juga dapat disesuaikan ukuran dan bentuknya sesuai dengan kebutuhan serta tidak memerlukan penguasaan teknologi yang tinggi untuk mengisinya (Depkes RI, 2008).

c. Implementasi

Implementasi *surgical safety checklist* memerlukan seorang koordinator yang bertanggung jawab untuk memeriksa *checklist*.

Koordinator biasanya seorang perawat, dokter, atau profesional kesehatan lainnya yang terlibat dalam operasi. *Surgical safety checklist* di kamar operasi digunakan melalui tiga tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktunya itu (Haynes, *et al*, 2009).

WHO mengidentifikasi tiga fase yaitu:

1) Sebelum induksi anestesi (*sign in*)

Tim kesehatan yang berperan melakukan *sign in* adalah perawat dan ahli anestesi. Fase *sign in* adalah fase sebelum induksi anestesi dimana koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah di konfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan di operasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, *pulse oximeter* pada pasien berfungsi. Koordinator dengan profesional anestesi mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, atau reaksi alergi (WHO, 2008).

2) Sebelum insisi kulit (*time out*)

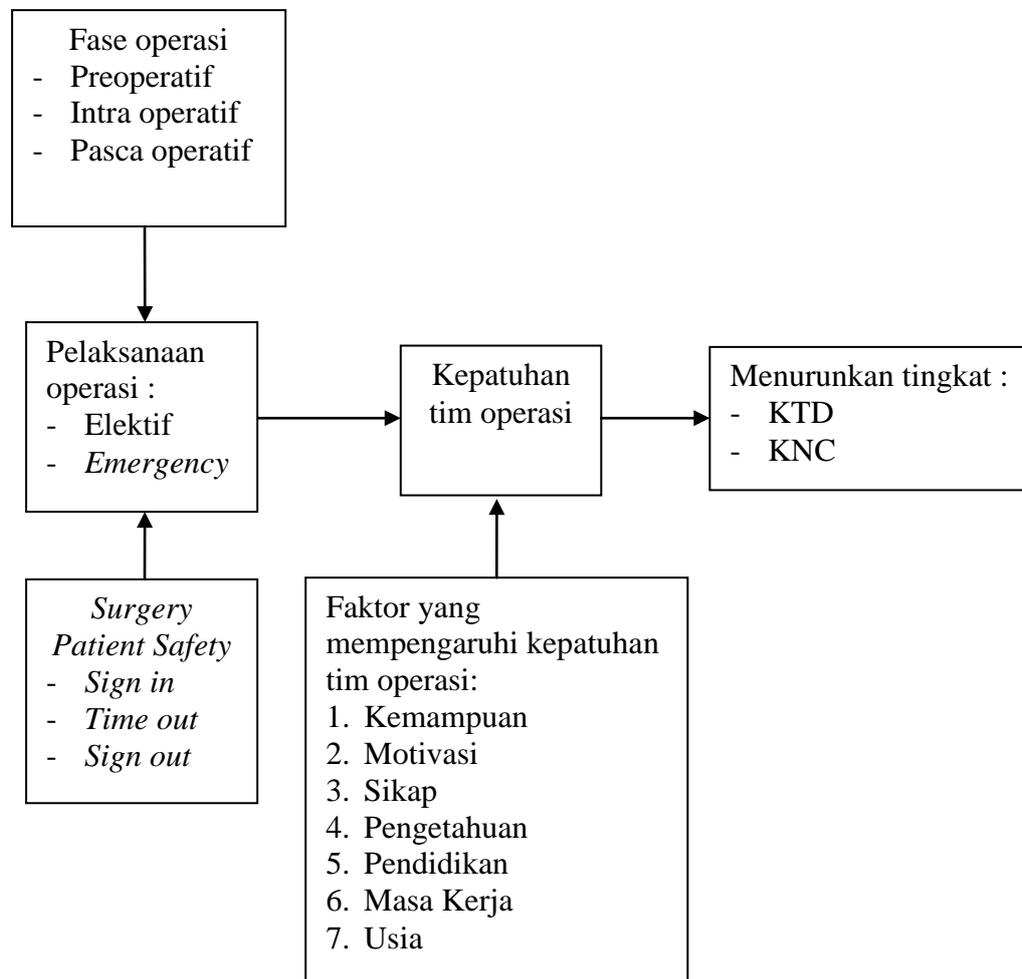
Tim kesehatan yang berperan melakukan *time out* adalah perawat, ahli bedah, dan ahli anestesi. Fase *time out* merupakan fase dimana setiap tim operasi memperkenalkan diri dan fungsinya masing-masing dalam operasi tersebut, dan memastikan bahwa setiap anggota tim saling mengenal. Saat operasi akan dimulai pastikan semua perlengkapan sudah siap, dan mengkonfirmasi

bahwa telah diberikan antibiotik profilaksis 60 menit sebelumnya (WHO, 2008).

3) Sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*sign out*)

Tim kesehatan yang berperan melakukan *time out* adalah perawat dan ahli anestesi. Fase *sign out* adalah fase dimana tim operasi 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 operasi adalah rencana tindak lanjut dan memusatkan perhatian pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (WHO, 2008).

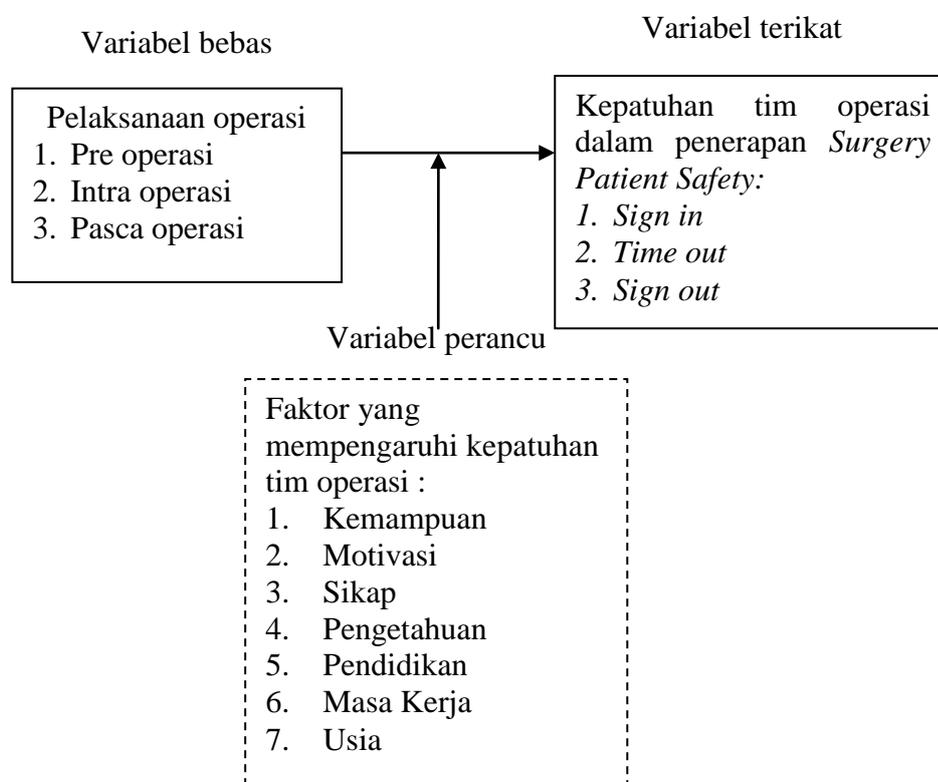
B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber: Azwar (2011); Haynes, *et al* (2009); (Latonsky, *et al*, 2010); Notoatmodjo (2010); WHO (2008)

C. Kerangka Konsep



Keterangan :

: variabel yang diteliti

: variabel yang tidak diteliti

Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah adakah hubungan pelaksanaan operasi dengan kepatuhan tim operasi dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* di IBS RSKIA Sadewa Yogyakarta?