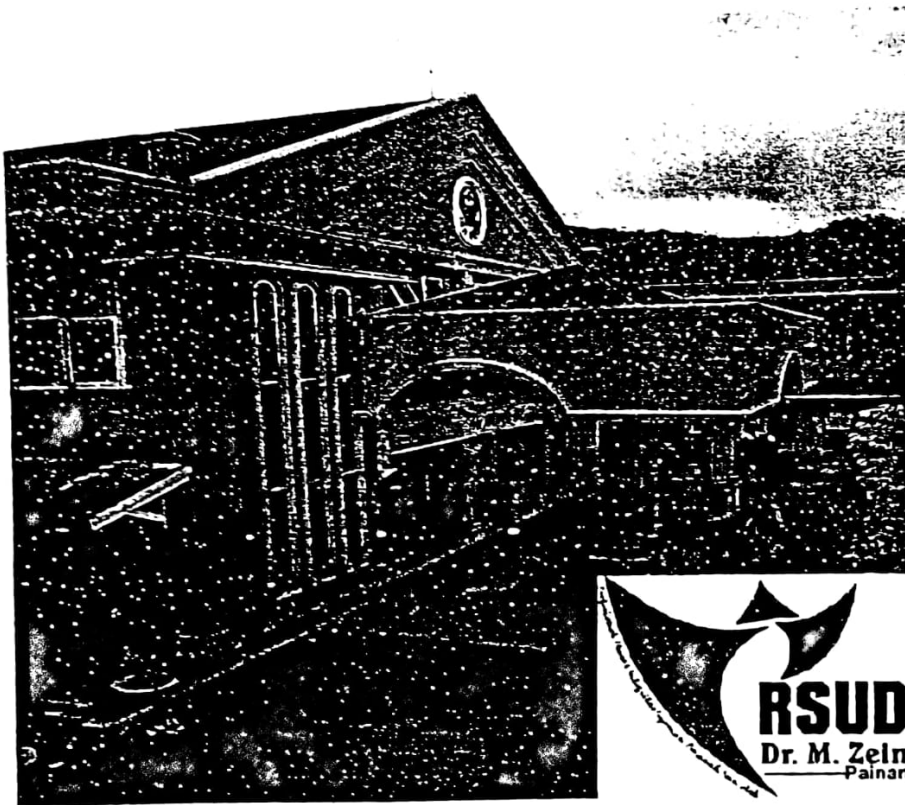


**PANDUAN TEAPAT LOKASI,TEPAT PROSEDUR DAN
TEPAT PASIEN OPERASI
(POKJA SASARAN KESELAMATAN PASIEN)**



**RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2015**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa (WHO, 2009). Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa selama lebih dari satu abad perawatan bedah telah menjadi komponen penting dari perawatan kesehatan di seluruh dunia. Diperkirakan setiap tahun ada 230 juta operasi utama dilakukan di seluruh dunia, satu untuk setiap 25 orang hidup.

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

Rumah sakit mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek 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 Dr.M. Zein Painan dan dibuat oleh operator / orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat.

Penandaan lokasi operasi ditandai dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (laterality), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multipel level (tulang belakang).

Tahap “Sebelum insisi” (Time out) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. 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, dengan menggunakan ceklist.

I.2 Tujuan

Maksud proses verifikasi pra operatif adalah untuk :

- Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- Memastikan bahwa semua dokumen, foto (imaging), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang;
- Lakukan verifikasi ketersediaan setiap peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan.

BAB II

RUANG LINGKUP

Kebijakan dan/atau prosedur ini digunakan untuk seluruh pasien yang akan dilakukan tindakan operasi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan. Pelaksana panduan ini adalah operator, tenaga keperawatan dan tenaga anastesi yang bertugas di ruang kamar operasi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Pada prinsipnya semua pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan harus menggunakan daftar cek list pasien safety yang berguna untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien. Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi Tujuan utama daftar cek list ini adalah untuk mengidentifikasi pasien sebelum dilakukan insisi kulit (Time Out), sebelum induksi anastesi (Sign In), dan sebelum pasien keluar dari kamar operasi (Sign Out).

BAB III

TATA LAKSANA

3.1 Teknik Penandaan Lokasi Operasi

Berikut merupakan teknik yang dilakukan dalam penandaan lokasi operasi:

- a. Pasien diberi tanda saat informed consent telah dilakukan
- b. Penandaan dilakukan sebelum pasien berada di kamar operasi
- c. Pasien harus dalam keadaan sadar saat dilakukan penandaan lokasi operasi
- d. Tanda yang digunakan dapat berupa : tanda panah/tanda ceklist
- e. Penandaan dilakukan sedekat mungkin dengan lokasi operasi
- f. Penandaan dilakukan dengan spidol hitam (anti luntur, anti air) dan tetap terlihat walau sudah diberi desinfektan

Bagian Organ mana yang perlu dilakukan penandaan adalah Semua tempat yang melibatkan insisi kulit dan lateralisasi harus ditandai. Bila operasi dilakukan di sekitar orifisium maka penandaan dilakukan disebelahnya dengan tanda panah.

Yang berhak melakukan penandaan lokasi operasi :

- a. Dokter Bedah
- b. Asisten dokter
- c. Pihak yang diberi pendelegasian (perawat bedah)

Tindakan operasi yang tidak perlu dilakukan penandaan :

- a. Prosedur endoskopi
- b. Cateterisasi Jantung
- c. Prosedur yang mendekati atau melalui garis midline tubuh : SC, Histerektomi, Tyroidektomi, laparatomi
- d. Pencabutan gigi
- e. Operasi pada membran mukosa
- f. Perineum

- g. Kulit yang rusak
- h. Operasi pada Bayi dan neonates
- i. Pada lokasi lokasi intra organ seperti mata dan organ THT maka penandaan dilakukan pada daerah yang mendekati organ berupa tanda panah

Operasi yang tidak dilakukan penandaan diverifikasi pada saat time out.

3.2 CEKLIST KESELAMATAN PASIEN PRA OPERASI

Kematian dan komplikasi akibat pembedahan dapat dicegah. Salah satu pencegahannya dapat dilakukan dengan surgical safety checklist. 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. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, 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).

Manual ini menyediakan petunjuk penggunaan checklist, saran untuk implementasi, dan rekomendasi untuk mengukur pelayanan pembedahan dan hasilnya. Setting praktek yang berbeda harus mengadaptasi sesuai dengan kemampuan mereka. Tiap poin checklist sudah berdasarkan bukti klinis atau pendapat ahli dimana yang akan mengurangi kejadian yang serius, mencegah kesalahan pembedahan, dan hal ini juga mempengaruhi kejadian yang tidak diharapkan atau biaya tidak terduga. Checklist ini juga dirancang untuk kemudahan dan keringkasan. Banyak langkah yang sudah diterima sebagai praktek yang rutin di berbagai fasilitas di seluruh dunia walaupun jarang diikuti oleh keseluruhan. Tiap bagian bedah harus praktek dengan checklist dan mengevaluasi bagaimana kesensitipan integrasi checklist ini dengan alur operasi biasanya.

Tujuan utama dari WHO surgical safety checklist-dan manualnya-untuk membantu mendukung bahwa tim secara konsisten mengikuti beberapa langkah keselamatan yang kritis dan meminimalkan hal yang umum dan risiko yang membahayakan dan dapat dihindari dari pasien bedah. Checklist ini juga memandu interaksi verbal antar tim sebagai arti konfirmasi bahwa standar perawatan yang tepat dipastikan untuk setiap pasien. Untuk mengimplementasikan checklist selama pembedahan, seorang harus bertanggungjawab untuk

melakukan pengecekan checklist. Hal ini diperlukan seorang checklist koordinator biasanya perawat sirkuler tapi dapat berarti setiap klinisi yang berpartisipasi dalam operasi.

Checklist membedakan operasi menjadi 3 fase dimana berhubungan dengan waktu tertentu seperti pada prosedur normal-periode sebelum induksi anestesi, setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan dan periode selama atau setelah penutupan luka tapi sebelum pasien masuk RR. Dalam setiap fase, ceklist koordinator harus diijinkan mengkonfirmasi bahwa tim sudah melengkapi tugasnya sebelum proses operasi dilakukan. Tim operasi harus familiar dengan langkah dalam ceklist, sehingga mereka dapat mengintegrasikan ceklist tersebut dalam pola normal sehari-hari dan dapat melengkapi secara verbal tanpa intervensi dari koordinator ceklist. Setiap tim harus menggabungkan penggunaan ceklist ke dalam pekerjaan dengan efisiensi yang maksimum dan gangguan yang minimal selama bertujuan untuk melengkapi langkah secara efektif.

Tiga fase operasi :

1. Fase Sign in

Fase sign in adalah fase sebelum induksi anestesi. koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dieperasi 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.

2. 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 mereka melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.

3. Fase Sign Out

Fase Sign Out adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spons, 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 (Surgery & Lives, 2008).

Setiap langkah harus dicek secara verbal dengan anggota tim yang sesuai untuk memastikan bahwa tindakan utama telah dilakukan. Oleh karena itu, sebelum induksi anestesi, koordinator ceklist secara verbal akan mereview dengan anestesist dan pasien (jika mungkin) bahwa identitas pasien sudah dikonfirmasi, bahwa prosedur dan tempat yang dioperasi sudah benar dan persetujuan untuk pembedahan sudah dilakukan. Koordinator akan melihat dan mengkonfirmasi secara verbal bahwa tempat operasi sudah ditandai (jika mungkin) dan mereview dengan anestesist risiko kehilangan darah pada pasien, kesulitan jalan napas dan reaksi alergi dan mesin anestesi serta pemeriksaan medis sudah lengkap. Idealnya ahli bedah akan hadir pada fase sebelum anestesi ini sehingga mempunyai ide yang jelas untuk mengantisipasi kehilangan darah, alergi, atau komplikasi pasien yang lain. Bagaimanapun juga, kehadiran ahli bedah tidak begitu penting untuk melengkapi ceklist ini.

3.3 PROSEDUR PENGAPLIKASIAN CEKLIST KESELAMATAN PASIEN PRA OPERASI

1. SEBELUM INDUKSI ANESTESI

Cek keselamatan ini penting untuk dilengkapi sebelum induksi anestesi dalam rangka untuk keselamatan. Dalam hal ini membutuhkan kehadiran dari setidaknya anestesist dan perawat. Detail dari setiap langkah adalah sebagai berikut:

a. Apakah pasien sudah dikonfirmasi identitasnya, tempat operasi, Prosedur dan persetujuan?

Koordinator ceklist secara verbal menkonfirmasi identitas pasien, tipe prosedur yang akan dilaksanakan, tempat pembedahan, dan persetujuan pembedahan yang sudah diberikan. Walau hal ini terlihat berulang kali, namun langkah ini penting untuk memastikan tim tidak mengoperasi pasien yang salah atau bagian yang salah atau melakukan prosedur yang salah. Saat konfirmasi dengan pasien tidak mungkin dilakukan seperti pada kasus anak atau pasien yang cacat, pengasuh atau keluarga

dapat menggantikan peran pasien. Jika pengasuh atau keluarga tidak ada dapat dilewati, seperti halnya dalam gawat darurat, tim harus memahami alasan dan persetujuan yang perlu diproses.

b. Apakah tempat operasi sudah ditandai?

Koordinator ceklist harus mengkonfirmasi bahwa ahli bedah yang melakukan operasi sudah menandai tempat yang akan dibedah (dengan marker yang permanen) pada kasus yang melibatkan bagian tubuh samping (kanan-kiri) atau struktur yang banyak atau bertingkat (contoh: bagian jari, jari kaki, lesi kulit, tulang belakang). Penandaan tempat operasi untuk struktur menengah (contoh: tiroid), atau struktur tunggal (contoh: spleen) harus mengikuti praktek yang biasa dilakukan. Pemberian tanda tempat yang dioperasi pada semua kasus, bagaimanapun juga, dapat menyediakan salinan cek dari tempat dan prosedur yang tepat

c. Apakah mesin anestesi dan pemeriksaan medis sudah lengkap?

Koordinator ceklist melengkapi langkah ini dengan menanyakan kepada anestesist untuk memverifikasi kelengkapan dari ceklist keselamatan anestesi, memahami inspeksi formal dari peralatan anestesi, sirkuit pernafasan, medikasi, dan resiko anestesi pasien sebelum pembedahan. Untuk membantu mengingat, sebagai tambahan apakah pasien fit untuk pembedahan tersebut, tim anestesi harus melengkapi ABCDE's-pemeriksaan dari perlengkapan Airway, Breathing sistem (meliputi oksigen dan agen inhalasinya), suCTION, Drugs and Devices (obat dan alat) dan Emergency medication (medikasi emergensi), peralatan dan bantuan untuk mengkonfirmasi ketersediaan dan berfungsi dengan baik.

d. Apakah pulse oximeter sudah dipasang pada pasien dan berfungsi?

Koordinator ceklist mengkonfirmasi bahwa pulse oximeter sudah dipasang pada pasien dan berfungsi dengan baik sebelum induksi anestesi. Idealnya indikator pulse oximeter dapat terlihat oleh semua tim operasi. Sistem suara harusnya digunakan untuk memberikan tanda pada tim tentang denyut nadi dan saturasi oksigen. Pulse oxymeter sudah direkomendasikan sebagai komponen yang dibutuhkan untuk anestesi yang aman oleh WHO. Jika pulse oxymeter tidak berfungsi, maka ahli bedah dan anestesist harus mengevaluasi ketajaman pada kondisi pasien dan mempertimbangkan penundaan operasi hingga langkah yang lengkap dipenuhi untuk keselamatan. Dalam

keadaan yang urgen untuk menyelamatkan nyawa maka hal ini dapat dilewati, namun pada kondisi ini tim harus melakukan dengan persetujuan tentang kebutuhan untuk melakukan operasi.

e. Apakah pasien memiliki alergi?

Koordinator ceklist harus langsung menanyakan ini dan dua pertanyaan selanjutnya kepada anestesist. Pertama, koordinator harus bertanya apakah pasien memiliki alergi yang diketahui dan jika ada, alergi terhadap apa. Jika koordinator mengetahui alergi di pasien yang tidak diperhatikan oleh anestesist, maka koordinator harus mengkomunikasikan kepada anestesist.

f. Apakah pasien memiliki risiko kesulitan jalan nafas/risiko aspirasi?

Koordinator ceklist harus secara verbal mengkonfirmasi bahwa tim anestesi sudah secara objektif mengkaji apakah pasien memiliki kesulitan jalan nafas. Ada beberapa jalan untuk menilai airway (seperti Mallampati skor, jarak thyromental, atau Bellhous-Dore skor). Evaluasi yang objektif untuk jalan nafas dengan metode yang valid lebih penting daripada pilihan metode itu sendiri. Kematian dari jalan nafas selama anestesi adalah bencana yang global namun dapat dicegah dengan rencana yang tepat. Jika evaluasi jalan nafas menunjukkan resiko tinggi untuk kesulitan jalan nafas (seperti skor Mallampati 3 atau 4), tim anestesi harus mempersiapkan melawan kebuntuan jalan nafas. Dalam hal ini termasuk penggunaan pendekatan anestesi yang minimum (contoh menggunakan RA jika mungkin) dan memiliki peralatan gawat darurat yang cukup. Asisten yang kapabel apakah dengan asisten dua, ahli bedah atau anggota tim perawat harus hadir secara fisik untuk membantu induksi anestesi. Resiko aspirasi juga harus dievaluasi sebagai bagian dari pengkajian airway. Jika pasien memiliki gejala refleks aktif atau perut yang penuh, maka anestesi harus mempersiapkan kemungkinan aspirasi. Resiko ini dapat dikurangi dengan memodifikasi rencana anestesi sebagai contoh dengan induksi cepat dan meminta bantuan asisten untuk menekan cricoid selama induksi. Untuk pasien yang dikenali memiliki kesulitan jalan nafas atau dalam resiko untuk aspirasi, induksi anestesi harus dimulai saat anestesi sudah mengkonfirmasi bahwa dia telah memiliki peralatan yang adekuat dan adanya asisten di sampingnya.

- g. Apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah >500 ml (7 ml/kg pada anak)?
- Pada langkah keselamatan ini, koordinator ceklist menanyakan pada tim anestesi apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah lebih dari setengah liter darah selama operasi untuk meyakinkan dan mengenali serta mempersiapkan untuk kejadian kritis. Kehilangan volume darah yang besar adalah bahaya yang paling umum dan berbahaya untuk pasien bedah dengan risiko syok hipovolemik yang mungkin terjadi saat darah hilang melebihi 500 ml (7 ml/kg pada anak). Persiapan yang adekuat dan resusitasi mungkin untuk pertimbangan persiapan. Ahli bedah mungkin tidak secara konsisten mengkomunikasikan risiko dari kehilangan darah kepada anestesist dan staff perawat. Oleh karena itu, jika anestesist tidak mengetahui bagaimana risiko utama dari kehilangan darah untuk kasus operasi, maka dia harus berdiskusi dengan ahli bedah tentang risiko kehilangan darah sebelum operasi dimulai. Jika terdapat resiko yang signifikan untuk kehilangan darah lebih dari 500 ml direkomendasikan dua jalur intravena atau dua jalur CVC. Sebagai tambahan, tim harus mengkonfirmasi ketersediaan dari cairan atau darah untuk resusitasi. (catatan tentang kehilangan darah yang akan terjadi akan direview lagi oleh ahli bedah sebelum insisi. Hal ini akan menyediakan cek kedua untuk keselamatan untuk anestesi dan staff perawat). Jika poin ini sudah dilengkapi maka fase ini sudah lengkap dan tim dapat melakukan proses induksi anestesi

2. SEBELUM INSISI KULIT

Sebelum membuat insisi bedah yang pertama, perlu dilakukan pengecekan bahwa cek keselamatan yang penting sudah dilakukan. Cek ini akan dilakukan oleh semua anggota tim. Pastikan semua anggota tim memperkenalkan diri dengan nama dan perannya

Tim operasi mungkin sering berubah. Efektif manajemen dari situasi yang berisiko tinggi membutuhkan pengertian siapa anggota tim operasi dan peran serta kemampuan mereka. Sebuah perkenalan yang simpel seperti menyuruh semua orang di ruang untuk memperkenalkan diri dengan nama dan perannya. Tim yang sudah familiar dengan satu sama lain dapat mengkonfirmasi bahwa sudah diperkenalkan semua namun anggota baru atau staff baru harus memperkenalkan diri termasuk siswa atau personel lain. Konfirmasi nama pasien, prosedur dan dimana insisi akan dilakukan. Koordinator ceklist atau anggota tim yang lain akan menyuruh setiap orang di kamar

operasi untuk berhenti dan secara verbal mengkonfirmasi nama pasien, operasi yang akan dilakukan, tempat pembedahan dan posisi dari pasien untuk menghindari salah pasien atau salah tempat operasi. Untuk contoh, perawat sirkuler mengumumkan, "sebelum kita memulai insisi" dan lalu dilanjutkan "apakah semua sepakat bahwa ini adalah pasien X dengan tindakan repair inguinal hernia kanan?". Anestesis, ahli bedah dan perawat sirkuler harus secara eksplisit dan individual menyepakati. Jika pasien tidak disedasi, dia dapat menolong untuk dikonfirmasi dengan hal yang sama.

a. Apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan kurang lebih 60 menit yang lalu?

Berdasarkan bukti yang kuat dan konsensus di seluruh dunia bahwa antibiotik profilaksis melawan infeksi luka yang paling efektif adalah untuk tingkat serum dan atau tingkat jaringan dari antibiotik dapat dicapai, namun tim bedah tidak konsisten tentang pemberian antibiotik antara 1 jam sebelum insisi. Untuk mengurangi resiko infeksi pembedahan, koordinator akan bertanya dengan keras apakah antibiotik sudah diberikan kurang lebih 60 menit sebelumnya. Anggota tim bertanggung jawab untuk memberikan antibiotik biasanya anestesis harus memberikan konfirmasi secara verbal. Jika antibiotik profilaksis belum diberikan, harus segera diberikan sebelum insisi. Jika antibiotik diberikan lebih dari 60 menit sebelumnya, anggota tim harus memberikan dosis ulang untuk pasien. Jika antibiotik profilaksis dirasakan tidak perlu diberikan (contoh kasus tanpa insisi kulit, kasus kontaminasi dimana antibiotik sudah diberikan untuk treatment) maka boks "tidak aplikabel" dicentang dan tim memverbalkan hal ini.

b. Antisipasi kejadian kritis

Apakah gambaran yang penting sudah ditunjukkan?

Gambaran penting untuk memastikan rencana dan mengadakan operasi termasuk ortopedi, spinal dan prosedur thoraks dan berbagai reseksi tumor. Sebelum insisi kulit, koordinator harus menanyakan ahli bedah jika gambaran diperlukan untuk kasus tersebut. Jika demikian, koordinator harus mengkonfirmasi secara verbal bahwa gambaran penting ada di kamar operasi dan ditunjukkan untuk digunakan selama operasi. Jika gambaran yang dibutuhkan tidak tersedia, harus dicari. Ahli bedah akan memutuskan apakah akan dilakukan operasi tanpa gambaran jika hal tersebut dibutuhkan namun tidak tersedia. Pada poin ini jika sudah dilengkapi maka tim bisa melanjutkan proses operasi. Sebelum pasien meninggalkan kamar operasi

Ceklist keselamatan ini harus dilengkapi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi. Tujuannya untuk memfasilitasi transfer informasi yang penting untuk tim yang bertanggung jawab terhadap pasien setelah pembedahan. Ceklist dapat diinisiasi oleh perawat sirkuler, ahli bedah atau anastesi dan harus dilengkapi sebelum ahli bedah meninggalkan kamar operasi. Hal ini dapat dilakukan bersamaan, contoh bersamaan dengan penutupan luka. Perawat secara verbal mengkonfirmasi Nama dan prosedur tindakan. Sejak prosedur mungkin berubah atau berkembang selama tindakan operasi, koordinator ceklist harus mengkonfirmasi dengan ahli bedah dan tim secara pasti apakah tindakan atau prosedur yang sudah dilakukan. Hal ini dapat dilakukan dengan pertanyaan, "apakah tindakan yang dilakukan?" atau dengan konfirmasi, "Kita tadi melakukan prosedur X, benar bukan?" Kelengkapan dari instrument, kassa dan jumlah jarum. Memelihara instrumen, kassa dan jarum tidak lazim namun secara persisten berpotensi untuk terjadi kesalahan. Perawat instrumen atau perawat sirkuler harus secara verbal mengkonfirmasi kelengkapan dari jumlah kassa terakhir dan jumlah jarum. Dalam kasus dengan cavitas yang terbuka, penghitungan instrumen harus dikonfirmasi kelengkapannya. Jika penghitungan tidak dilakukan, dapat diambil langkah yang tepat yang lain (seperti memeriksa linen, sampah dan luka atau jika perlu gambaran radiografi)

c. Pemberian label pada spesimen (membaca label spesimen dengan keras termasuk nama pasien)

Label yang salah dari spesimen berpotensi mengganggu pasien dan sudah ditunjukkan menjadi sumber yang paling sering dalam kesalahan laboratorium. Sirkulator harus mengkonfirmasi pemberian label yang benar dari spesimen selama prosedur operasi dengan membaca dengan keras nama pasien, gambaran spesimen dan tanda yang lain.

d. Apakah terdapat masalah di peralatan yang perlu diperhatikan?

Masalah peralatan adalah masalah yang umum di kamar operasi. Mengidentifikasi secara akurat sumber kesalahan dan instrumen atau peralatan yang tidak berfungsi penting untuk mencegah peralatan dipakai lagi ke dalam kamar operasi sebelum diperbaiki. Koordinator harus memastikan bahwa masalah peralatan selama operasi sudah diidentifikasi oleh tim. Ahli bedah, anastesi dan perawat mereview apa yang perlu diperhatikan untuk recovery dan manajemen pasien Ahli bedah, anastesi dan

perawat harus mereview rencana post-operatif dan manajemennya, berfokus pada selama intra operasi atau isu anestesi yang mungkin mempengaruhi pasien. Bahkan saat muncul risiko yang spesifik terhadap pasien selama recovery. Tujuan dari langkah ini adalah untuk transfer yang efisien dan tepat terhadap informasi yang kritis (penting) untuk seluruh tim

BAB IV

DOKUMENTASI

Dokumentasi penandaan lokasi luka operasi dan pemakaian chek list pasien safety dicatat di lembaran rekam medis pasien.

RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
 Jl. A. Dr. A. Jl. Rivai Painan (kode post 25611)
 Telp. (0756) 21428-21518. Fax. (0756) 21398
 email : rsudpainan@ymail.com

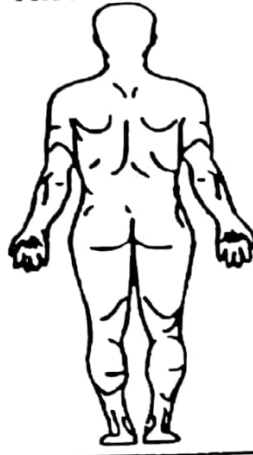
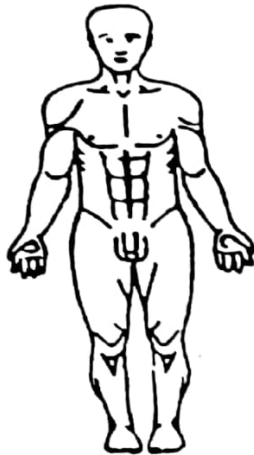
No Rekam Medis :
 Nama Lengkap :
 Tanggal Lahir :

(Mohon diisi atau tempelkan stiker jika ada)

FORMULIR PENANDAAN LOKASI OPERASI

PRIA
PROSEDUR :

Kanan Kiri Kiri Kanan



Tanggal Prosedur :

Kiri

Kanan



Kanan

Kiri

Kiri

Kanan



Kiri

Palmar (anterior)

Kanan



Kiri

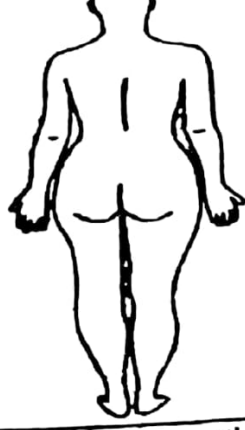
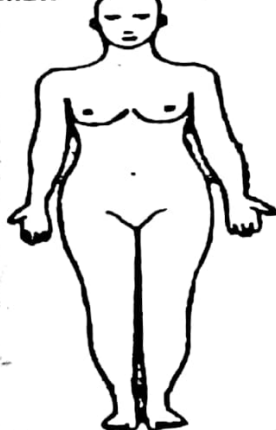
dorsal (posterior)

Kanan



WANITA
PROSEDUR :

Kanan Kiri Kiri Kanan



Tanggal Prosedur :

Kiri

Kanan



Kanan

Kiri

Kiri

Kanan



Kiri

Palmar (anterior)

Kanan



Kiri

dorsal (posterior)

Kanan



Menyatakan bahwa lokasi operasi yang telah ditetapkan pada diagram adalah benar

Pasien :

Nama Dokter :