PANDUAN SURGICAL SAFETY SURGERY

RUMAH SAKIT MURJANI

NOMOR :

SURAT KEPUTUSAN  
DIREKTUR RUMAH SAKIT MURJANI

NOMOR :  
TENTANG  
**PEMBERLAKUAN PANDUAN SURGICAL SAFETY SURGERY RUMAH SAKIT MURJANI**

MENIMBANG :

1. Bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien dan mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
2. Bahwa setiap pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan harus dilakukan verifikasi mengenai ketepatan lokasi, prosedur dan pasien oleh tim kamar bedah (ahli anestesi, ahli bedah dan perawat) dengan menggunakan checklist safety surgery.
3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam angka 1 dan 2 diatas. perlu ditetapkan Panduan Surgical Safety Surgery di Rumah Sakit Murjani.

MENGINGAT :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
2. Peraturan Menteri KesehatanRepublik Indonesia Nomor 1691   
   1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien   
   Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN :

KESATU :Memberlakukan Panduan Nomor : tentang Panduan Surgical Safety Surgery di Rumah Sakit Murjani sebagaimana terlampir

KEDUA : Panduan ini berlaku sejak tanggal diterbitkan dan dilakukan evaluasi setiap tahunnya

KETIGA : Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perubahan dan perbaikan, maka akan dilakukan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Sampit

Tanggal : Januari 2018

Direktur

**Dr. DENNY MUDA PERDANA,SP.Rad**

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001

TEMBUSAN Yth :

1. Manajer Pelayanan Medis

2. Manajer Keperawatan

3. Kepala Instalasi Bedah Sentral

4. Komite Keselamatan Pasien

5. Arsip

LAMPIRAN SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MURJANI NOMOR :  
TENTANG : PEMBERLAKUAN PANDUAN SURGICAL SAFETY SURGERY

RUMAH SAKIT MURJANI

**BAB I PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Pelayanan pembedahan di kamar operasi merupakan pelayanan yang multi komplek, yang sering kali menimbulkan cidera medik atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Resiko-resiko atau kemungkinan-kemungkinan yang terjadi hampir semua berakibat fatal, diantaranya adalah:

1. Salah pasien yang dioperasi (wrong person surgery)

2. Salah sisi operasi (wrong site surgery)

3. Salah prosedur operasi (wrong procedure)

4. Infeksi pada daerah yang dioparasi (surgical site infection)

5. Tertinggalnya instrumen operasi seperti gunting, kasa, jarum (retained instruments and sponges after surgery)

Secara lebih lengkap risiko komplikasi atau KTD tindakan pembedahan dapat dilihat pada tabel. Paling tidak 30-50 % komplikasi berat pada pasien yang menjalani tindakan operasi bedah sebenarnya dapat dicegah.

Sedang tertinggalnya alat instrument pada organ tubuh setelah operasi, yang paling sering adalah rongga perut atau pelvis (54%), vagina (22%), dan rongga dada (7%). Berdasarkan evaluasi 25 kasus instrument yang tertinggal dalam tubuh pasien setelah menjalani pembedahan intra abdomen, pasien mengalami komplikasi sepsis, perporasi usus, dan dua pasien meninggal (Gawabde, 2003).

Sebagai tim kesehatan yang memberikan pelayanan di kamar bedah dan sadar betul bahwa kejadian-kejadian tidak diharapkan itu bisa saja terjadi di rumah sakit ini, maka menjadi petanyaan dan tantangan bagi kita mau apa dan bagaimana menghadapi hal demikian? Tentunya tidak sampai pada pertanyaan belaka, melainkan sampai pada komitmen untuk membuat suatu sistem pencegahan supaya kejadian-kejadian tidak diharapkan tersebut tidak terjadi. Sehingga proses pelayanan pembedahan yang kita jalankan menjadi pelayanan yang aman dan nyaman.

B. PEDOMAN AKREDITASI

Dalam hal ini Kementerian Kesehatan RI khususnya Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan memilih dan menetapkan sistem akreditasi yang mengacu pada Joint Commission International (JCI).

Pada Penilaian keselamatan Pasien sasaran IV menyatakan bahwa Rumah sakit 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 asesment 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.

Dalam rangka menciptakan layanan yang aman bagi pasien yang menjalani pembedahan khususnya mencegah kesalahan sisi operasi, prosedur dan tepat pasien, Rumah Sakit Murjani menyusun kebijakan dan prosedur serta panduan yang dapat digunakan sebagai pedoman dalam mencapai tujuan tersebut.

a. Tujuan Umum   
Memberikan pelayanan bedah yang aman dan nyaman kepada setiap pasien dari mulai/sebelum operasi, dengan memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi.

b. Tujuan Khusus

. 1)  Anggota tim bedah mampu meningkatkan kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien dan risiko terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dalam memberikan pelayanan pembedahan sehari-hari.

. 2)  Dapat melakukan komunikasi yang efektif antara anggota tim bedah

. 3)  Anggota tim bedah dapat melakukan verifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar.

**BAB II**  
**RUANG LINGKUP KEGIATAN**

Ruang lingkup dari bahasan ini adalah ketentuan-ketentuan yang menjadi Elemen Penilaian SKP.IV.

1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan

2. Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.

3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi / time- out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan.

4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi / dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

Secara khusus, dalam the 2008 National Patient Safety Goals, JCAHO menetapkan protokol universal dalam rangka untuk mencegah kesalahan identifikasi pasien dalam pelayanan bedah. Dalam protokol tersebut disebutkan tiga prosedur penting yang harus dilakukan, yaitu :

1. Proses verifikasi pre- operatif.   
Tujuan yang ingin dicapai pada tahap ini adalah untuk menjamin semua dokumen yang terkait dengan prosedur operasi tersedia, dan dikaji ulang dan telah diyakini semuanya telah konsisten sesuai dengan harapan pasien dan tim bedah. Salah satu daftar tilik atau checklist yang dapat mebantu pada tahap ini adalah daftar tilik yang dikembangkan oleh rumah sakit.

2. Membuat penandaan tempat operasi. Tujuan pemberian tanda di tempat operasi adalah menjamin tidak terjadinya keraguan tempat insisi bedah. Penandaan tempat operasi harus jelas dan terlihat serta tidak hilang sewaktu pasien dipersiapkan menjalani prosedur pembersihan diri.

3. Melakukan Time out sebelum tindakan operasi dimulai. Melakukan “ time out “ sebelum operasi bertujuan untuk menjamin tidak terjadinya salah pasien, salah prosedur atau salah sisi operasi. Prosedur operasi tidak akan dimulai sampai semua permasalahan atau pertanyaan menjadi jelas.

Sebagai upaya untuk mencapai layanan bedah yang aman khususnya dalam rangka mencegah kesalahan sisi, prosedur dan pasien yang menjalani operasi, maka Rumah Sakit Islam Sultan Agung menerapkan langkah melalui: verifikasi terhadap pasien yang akan dilakukan tindakn operasi, Penandaan area operasi dan implementasi Surgical Safety check list sebagaimana direkomendasikan oleh WHO.

A. PENANDAAN TEMPAT OPERASI

Tujuan pemberian tanda di tempat operasi adalah menjamin tidak terjadinya keraguan tempat insisi bedah. Dalam prosedur penandaan harus jelas ditentukan :

1. Siapa yang memberi tanda

2. Kapan dilakukan penandaan

3. Bagaimana cara penandaannya

4. Jenis operasi apa yang perlu diberi penandaan

Tabel.1. Ketentuan penandaan tempat operasi

|  |  |
| --- | --- |
| Variabel | Penjelasan |
| Siapa yang memberi tanda | Dokter yang melakukan tindakan operasi/pembedahan. |
| Kapan dilakukan penandaan | dilakukan sebelum tindakan induksi anestesi ( rawat inap, poli rawat jalan, persiapan kamar operasi/ di meja operasi ). |
| Bagimana cara penandaannya | 1. Setiap penandaan tempat operasi harus melibatkan pasien dan atau keluarga  2. Bentuk penandaan dapat dilihat dengan jelas dan berupa garis panah  3. Marker yang digunakan tidak hilang saat tempat operasi dicuci |
| Jenis operasi apa yang perlu diberi penandaan | 1. Pembedahan yang melibatkan ekstremitas secara lateral (kanan atau kiri),  2. Struktur multipel (jari tangan / kaki)  3. Level (spine)  4. Pada keadaan berikut adalah pengecualian dalam prosedur  pemberian marker :  a. Operasi pada organ yang jumlahnya hanya satu  b. Intervensi kasus pada tempat yang sudah terpasang kateter  atau instrumen lain  c. Gigi  d. Bayi prematur, dimana marker dapat meyebabkan tato permanen  e. Pasien menolak prosedur pemberian marker di lokasi tempat operasi |



B. IMPLEMENTASIDAFTARTILIKDARIWHO

Sesuai dengan rekomendasi WHO, agar pasien dapat dilayani secara aman maka Rumah Sakit Islam Sultan Agung menerapkan : Surgical Safety Checklis (Sign in, Tme out dan Sign out).

1. Sign in.   
Dalam tahap ini dipastikan bahwa tidak terjadi kesalahan identifikasi, penandaan telah benar dilakukan, antisipasi terhadap perdarahan, memastikan kelengkapan peralatan pendukung.

2. Time out.  
Sebelum dokter bedah melakukan insisi dilakukan time out singkat untuk   
memastikan bahwa semua prosedur telah dilakukan dengan benar, tim dan   
peralatan telah telah lengkap dan semua sudah tersedia sebagaimana diharapkan.

3. Sign out.   
Sebelum pasien di kirim ke unit pemulihan dipastikan bahwa instrumen bedah, kasa dan barang lainnya tidak tertinggal di tubuh pasien dan pasien layak untuk di bawa ke unit pemulihan.

**BAB III TATA LAKSANA**

A. Penandaan Area Operasi

1. Definisi

Merupakan suatu cara yang dilakukan oleh ahli bedah untuk melakukan penandaan area operasi terhadap pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan.

2. Tujuan

Tujuan dilakukannya penandaan area operasi meliputi;

a. Meminimalkan risiko terjadinya kesalahan pada tempat dilakukannya   
operasi dan pasien.

b. Meminimalkan risiko terjaadinya kesalahan prosedur operasi.

c. Menginformasikan dan membimbing ahli bedah operasi dalam hal   
metode yang digunakan pada proses penandaan tempat operasi.

d. Memastikan bagian tubuh (anatomi) yang akan dilakukan tindakan   
operasi.

3. Proses

a. Membuat Tanda

1. Pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi harus dilakukan penandaan area terlebih dahulu. Ketika proses penandaan, pasien dilibatkan dalam keadaan terjaga/sadar dan sebaiknya proses penandaan dilakukan sebelum induksi anestesi.
2. Tanda yang digunakan berupa garis panah yang menunjuk pada tempat area operasi dan dilakukan sedekat mungkin dengan lokasi sayatan.
3. Tanda yang dibuat harus menggunakan spidol hitam permanen dan tidak terhapus/tetap terlihat setelah dilakukan disinfeksi dan drapping.
4. Tempat operasi yang diberi tanda berupa prosedur yang melibatkan sayatan (permukaan kulit, spesifik digit/lesi, lateral).
5. Semua tanda yang dibuat harus melihat catatan medis, identitas pasien dan hasil pencitraan pasien berupa : sinar X, foto CT Scan, pencitraan elektronik, atau hasil tes lain yang sesuai, untuk memastikan tingkat kebenaran pada proses penandaan.

b. Siapa yang memberi tanda

1) Orang yang bertanggung jawab dalam memberikan tanda pada pasien yang akan dilakukan prosedur operasi adalah dokter yang akan melakukan tindakan/wakilnya.

2) Jika pada proses penandaan dilakukan oleh wakil/yang mewakili maka dokter yang melakukan tindakan operasi harus hadir selama prosedur penandaan area tersebut.

c. Pengecualian penandaan area operasi

1) Semua tindakan Endoskopi, prosedur invasif yang direncanakan dianggap dibebaskan dari penandaan bedah . Selain itu, penandaan tersebut tidak ada tanda yang telah ditentukan akses bedahnya, seperti kateterisasi jantung dan prosedur invasif minimal lainnya, akan dianggap dibebaskan. .  
2) Prosedur yang memiliki pendekatan garis tengah yang dimaksudkan untuk satu organ tertentu yaitu operasi caesar, histerektomi atau tyroidectomy, juga dapat dibebaskan dari penandaan operasi.

3) Hal ini diakui bahwa tidak ada cara praktis atau dapat diandalkan untuk menandai gigi atau selaput lendir, terutama dalam kasus gigi yang direncanakan untuk ekstraksi. Sebuah tinjauan catatan gigi dan radiografi dengan gigi / gigi harus dilakukan dan nomor anatomi untuk ekstraksi jelas ditandai pada catatan-catatan dan radiografi.

4) Daerah lain / bagian anatomis secara teknis sulit untuk menandai daerah operasi meliputi bidang-bidang seperti perineum, gembur kulit di sekitar penandaan dan neonatus atau bayi prematur.

5) Untuk luka atau lesi yang jelas, penandaan area operasi tidak berlaku jika luka atau lesi adalah tempat dilakukannya tindakan pembedahan. Namun, jika ada beberapa luka atau lesi dan hanya beberapa dari luka /lesi tersebut yang dirawat maka penandaan area operasi harus dilakukan sesegera mungkin setelah keputusan dibuat untuk tindakan operasi.

6) Untuk lokasi tubuh manapun yang tidak dilakukan penandaan, harus dilakukan peninjauan verifikasi pasien dan prosedur di 'Time Out' yang merupakan bagian dari WHO Keselamatan Checklist. Hal ini harus dilakukan bersamaan sesuai dengan dokumentasi yang relevan, termasuk: catatan pasien, pencitraan diagnostik (terarah dengan benar).

d. Instruksi spesifik Khusus (yang tidak tercakup di atas)

1) Operasi Mata

Untuk operasi mata tunggal tanda kecil harus dilakukan penandaan pada aspek lateral dari mata antara canthus lateral dan telinga, menunjuk ke mata. Pengecualian adalah untuk prosedur bilateral yang direncanakan pada kedua mata (seperti operasi juling bilateral), tetapi laterality prosedur tersebut harus didokumentasikan dengan baik.Jika tidak ada tanda yang dibuat, maka prosedur sebagaimana dimaksud harus ditaati.

2) Operasi Bilateral

Penandaan bilateral boleh dilalakukan untuk memastikan lokasi operasi, tetapi sebenarnya prosedur tindakan ini tidakdiperlukan. Jika memang proses penandaan tidak dilakukan maka prosedur sebagaimana dimaksud harus ditaati.

3) Operasi THT

Penandaan pada kulit yang akan dilakukan incise sangat tepat, tetapi tindakan ini tidak tepat pada bagian mukosa atau jaringan didalam (THT) misalnya tindakan tonsilektomi bilateral / adenoidectomy, laryngectomy. Dalam kasus ini c.2) / c.3) / c.6) berlaku. Untuk penandaan area bedah (THT) di mana sayatan kulit dibuat pada operasi yaitu sisi tertentu tympanotomy dan sisi bedah harus ditandai dengan garis yang sesuai

4) Bedah Digital

Setiap digit yang dilakukan tindakan operasi harus memiliki tanda sedekat mungkin ke daerarah operasi.

5) Anestesi local/ blok prosedur

Tempat prosedur dilakukan tindakan anestesi terutama pada blok lokal harus ditandai sebelum pasien diberikan anestesi umum (jika ada yang harus diberikan) oleh dokter anestesi. Tanda yang dibuat menggunakan spidol biru permanen, yang berfungsi sebagai pembeda antara tanda yang diberikan oleh dokter bedah.

B. SurgicalSafetyChecklist

1. Definisi

Merupakan suatu daftar periksa yang digunakan untuk memperkuat keselamtan pasien.

2. Tujuan

Tujuan checklist ini dimaksudkan sebagai alat yang digunakan oleh tim bedah (dokter bedah, dokter anestesi, perawat) dalam meningkatkan keselamatan pasien pada proses operasi dan mengurangi resiko infeksi yang tidak perlu/kematian.

3. Cara Menggunakan Checklist

Dalam menggunakan checklist ini, tim operasi harus terdiri dari dokter bedah, dokter anestesi, perawat (assistant, scrub nurse, circulation nurse) teknisi dan personel kamar operasi yang lain. Semua anggota tim operasi berperan dalam memastikan keamanan dan keberhasilan operasi.

Dalam rangka menerapkan checklist selama operasi, maka satu orang ditunjuk sebagai koordinator yang bertanggung jawab untuk melakukan pemeriksaan keamanan pada daftar ini. koordinator Checklist yang ditunjuk berupa perawat sirkulasi/dokter yang berpartisipasi dalam operasi tersebut. Checklist yang digunakan terbagi dalam 3 tahap yaitu:

a. Sign in (sebelum induksi anestesi)

b. Sebelum dilakukan incise ( time out)

c. Sign out (periode selama atau segera setelah penutupan luka, tetapi sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi).

Dalam setiap tahap koordinator Checklist harus diizinkan untuk mengkonfirmasi bahwa tim telah menyelesaikan tugasnya sebelum melanjutkan ketahap berikutnya. Semua langkah harus diperiksa secara verbal dengan anggota tim yang tepat untuk memastikan bahwa tindakan- tindakan utama telah dilakukan.

4. Cara Menjalankan Checklist Secara Rinci

a. Sign in ( sebelum induksi anestesi )

Pemeriksaan keselamatan pasien pada tahap ini harus terselesaikan sebelum dilakukan induksi anestesi. Hal ini setidaknya membutuhkan kehadiran personel anestesi dan perawat . coordinator checklist yang telah ditunjuk dapat menyelesaikan bagian ini sekaligus secara berurutan.  
Rincian langkah pada tahap ini yaitu :

1) Apakah pasien telah dikonfirmasi identitas, tempat, prosedur dan persetujuan?

Koordinator Checklist secara lisan menegaskan identitas pasien, jenis prosedur yang direncanakan, tempat operasi dan persetujuan operasi telah diberikan. Walaupun mungkin tampak berulang-ulang, langkah ini sangat penting untuk memastikan bahwa tim tidak melakukan tindakan operasi pada pasien, tempat, dan prosedur tindakan yang salah. Ketika konfirmasi oleh pasien tidak mungkin, seperti dalam kasus anak-anak atau pasien tidak mampu, wali atau anggota keluarga dapat memberikan konfirmasi. Jika anggota wali dan keluarga tidak bersedia atau jika langkah ini dilewati, seperti dalam keadaan darurat, tim harus memahami mengapa tindakan ini dikerjakan dan semua berada dalam perjanjian.

2) Apakah tempat ditandai?

Koordinator Checklist harus mengkonfirmasi bahwa ahli bedah yang melakukan operasi telah menandai tempat bedah (biasanya dengan spidol felt-tip permanen) dalam kasus yang melibatkan laterality (perbedaan kiri atau kanan) atau struktur beberapa atau tingkat (misalnya jari kaki, khususnya , lesi kulit, vertebra). Tempat tanda untuk struktur garis tengah (misalnya tiroid) atau tructures tunggal (misalnya limpa) harus mengikuti tradisi setempat. Konsisten dalam memberikan tanda pada semua kasus dan mengkonfirmasikan tempat yang benar .

3)  apakah mesin anestesi dan obat-obat telah lengkap?

Koordinator Checklist melengkapi langkah berikutnya dengan meminta dokter anestesi untuk memverifikasi penyelesaian pemeriksaan keamanan anestesi, pemeriksaan berupa peralatan anestesi, sirkuit pernafasan, obat-obatan dan risiko obat anestesi pada pasien. Disamping mengkonfirmasikan bahwa pasien sesuai untuk operasi, tim anestesi harus menyelesaikan ABCDE, dengan melakukan pemeriksaan peralatan Airway, Breathing sistem (termasuk oksigen dan agen inhalasi), Suction, Obat dan Alat Darurat. Apabila peralatan dan obat telah tersedia dan berfungsi dengan baik maka lakukanlah konfirmasi.

. 4)  Apakah pulse oksimetry pada pasien telah berfungsi?   
 Koordinator Checklist menegaskan bahwa pulse oksimeter telah ditempatkan pada pasien dan berfungsi dengan benar sebelum induksi anestesi. Idealnya pembacaan pulse oximetry harus terlihat oleh tim operasi. Sebuah sistem terdengar harus digunakan untuk mengingatkan tim untuk denyut nadi pasien dan saturasi oksigen. Jika pulse oksimeter tidak berfungsi dengan baik maka ahli bedah dan dokter anestesi harus mengevaluasi kondisi pasien dan mempertimbangkan penundaan tindakan operasi. Namun dalam keadaan mendesak untuk menyelamatkan nyawa atau ekstremitas pasien, persyaratan ini bisa dicabut, dan tim harus setuju tentang perlu atau tidaknya untuk melanjutkan operasi tersebut.

. 5)  Apakah pasien memiliki alergi?   
 Koordinator Checklist harus memberikan dua pertanyaan kepada dokter anestesi. Pertama, koordinator harus menanyakan apakah pasien memiliki alergi, jika demikian, apa jenis alerginya. Jika koordinator mengetahui alergi yang dokter anestesi tidak menyadari, informasi ini harus dikomunikasikan.

. 6)  Apakah pasien memiliki kesulitan jalan nafas dan resiko aspirasi?   
 Koordinator Checklist secara lisan harus mengkonfirmasi bahwa tim anestesi secara obyektif telah menilai apakah pasien memiliki jalan nafas yang sulit. Ada beberapa cara untuk menilai saluran napas (seperti nilai Mallampati, jarak thyromental, atau Bellhouse-Doré skor). Kematian karena kehabisan napas selama anestesi masih bencana umum global tetapi dapat dicegah dengan perencanaan yang tepat. Jika evaluasi menunjukkan resiko tinggi terhadap kesulitan jalan nafas (seperti skor Mallampati dari 3 atau 4), maka tim anestesi harus mempersiapkan proses penangannya. proses Ini minimal menggunakan pendekatan tehnik anestesi (misalnya, dengan menggunakan anestesi regional, jika mungkin) dan menyiapkan peralatan darurat. Jika asisten anestesi / ahli bedah / tim keperawatan mampu, dianjurkan untuk membantu dengan induksi anestesi. Risiko aspirasi juga harus dievaluasi sebagai bagian dari penilaian jalan napas. Jika pasien memiliki gejala refluks aktif atau perut penuh, dokter anestesi harus mempersiapkan kemungkinan aspirasi. Risiko ini dapat dikurangi dengan memodifikasi rencana anestesi, misalnya menggunakan teknik induksi cepat dan meminta bantuan kepada asisten untuk memberikan tekanan krikoid selama induksi. Untuk pasien yang memiliki kesulitan jalan nafas atau berada pada risiko aspirasi, induksi anestesi harus dimulai hanya ketika dokter anestesi menegaskan bahwa ia memiliki peralatan yang memadai dan bantuan yang berada di samping tempat tidur pasien (meja operasi).

. 7)  Apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah > 500 ml (7 ml / kg pada anak-anak?   
 Koordinator Checklist meminta tim anestesi dengan menanyakan apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml selama operasi? Dimaksudkan untuk menjamin persiapan tindakan operasi. Volume kehilangan darah yang besar adalah salah satu bahaya yang paling umum dan penting bagi pasien bedah, dengan resiko shock hipovolemik meningkat ketika kehilangan darah melebihi 500 ml (7 ml / kg pada anak-anak). Persiapan yang memadai dan resusitasi dapat mengurangi konsekuensi ini. Ahli bedah mungkin tidak konsisten dalam mengkomunikasikan resiko kehilangan darah. Oleh karena itu, jika dokter anestesi tidak tahu apakah terdapat resiko kehilangan darah, ia harus mendiskusikan dengan dokter bedah sebelum operasi dimulai. Jika ada risiko kehilangan darah yang signifikan lebih besar dari 500 ml, sangat disarankan untuk pemasangan dua jalur infuse yang besar atau kateter vena sentral ditempatkan sebelum insisi kulit. Selain itu, tim harus mengkonfirmasi ketersediaan cairan atau darah untuk resusitasi. (Perhatikan bahwa kehilangan darah diharapkan akan ditinjau kembali oleh ahli bedah sebelum sayatan kulit ini akan memberikan tingkat keamanan kedua.

Pada tahap ini selesai, tim dapat melanjutkan dengan induksi anestesi.

b. Time Out (sebelum dilakukan incise)

Pemeriksaan keselamatan pasien pada tahap ini harus terselesaikan sebelum dilakukan incise pada kulit. Hal ini membutuhkan kehadiran semua personel tim bedah. Sebelum dilakukan tindakan incise coordinator checklist yang telah ditunjuk dapat menyelesaikan bagian ini dengan meminta waktu jeda untuk mengkonfirmasi tahap ini secara berurutan.  
Rincian langkah pada tahap ini yaitu :

. 1)  Konfirmasi semua anggota tim telah menyebutkan nama dan peran masing-masing   
 Anggota tim operasi dapat sering berubah. Manajemen yang efektif dari situasi seperti ini adalah dengan membuat sebuah pengantar yang sederhana yaitu dengan meminta setiap orang di ruangan untuk memperkenalkan dirinya dengan nama dan peran masing-masing yangdilakukan oleh coordinator Checklist.

. 2)  Konfirmasikan nama pasien, prosedur dan area yang akan dilakukan tindakan pembedahan Coordinator checklist meminta semua orang di ruang operasi untuk tenang dan secara lisan akan mengkonfirmasi nama, prosedur dan tempat operasi dilakukan untuk menghindari operasi pada pasien yang salah atau tempat yang salah. Misalnya, coordinator checklist mengumumkan, "Sebelum kita membuat sayatan kulit", dan kemudian melanjutkan, "Apakah semua orang setuju bahwa ini adalah X pasien, mengalami perbaikan hernia inguinalis yang tepat?" semua tim harus sepakat dalam mengkonfirmasi pasien ini. Jika pasien tidak dibius, akan sangat membantu sekali dalam proses konfirmasi.

. 3)  Apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir?   
 Untuk mengurangi resiko infeksi bedah, koordinator akan bertanya dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis diberikan selama 60 menit sebelumnya. Para anggota tim yang bertanggung jawab untuk antibiotik harus memberikan konfirmasi secara verbal. Jika antibiotik profilaksis belum diberikan, maka harus diberikan sekarang, sebelum insisi. Apabila antibiotik profilaksis telah diberikan lebih dari 60 menit sebelumnya, maka antibiotik profilaksis tidak dianggap tepat (misalnya kasus tanpa sayatan kulit, kasus terkontaminasi di mana antibiotik diberikan untuk pengobatan).

. 4)  Peristiwa penting   
 Komunikasi tim yang efektif dan kerja tim yang efisien merupakan komponen utama dari keselamatan pasien operasi. Untuk memastikan komunikasi yang efektif mengenai status pasien , maka koordinator checklist harus memimpin diskusi cepat dengan ahli bedah, staf anestesi dan staf perawat dari bahaya yang diakibatkan oleh tindakan operasi. Hal ini dapat dilakukan dengan meminta setiap anggota tim untuk bertanya. Selama prosedur tindakan hanya rutinitas dan seluruh tim saling mengenal, ahli bedah hanya dapat menyatakan, "Ini adalah kasus rutinitas, X durasi"

a)  Untuk dokter bedah : apa langkah-langkah kritis atau non- rutin? Berapa lama akan terjadi mengambil? Apa kehilangan darah yang diantisipasi?   
 Sebuah diskusi tentang "prosedur yang sulit (kritis) atau non-rutin" dimaksudkan untuk menginformasikan kepada anggota tim mengenai langkah yang akan dilakukan pada pasien beresiko kehilangan darah yang cepat, cedera atau morbiditas utama lainnya. Ini juga merupakan kesempatan untuk meninjau langkah-langkah yang mungkin memerlukan peralatan khusus, implan atau persiapan.

. b)  Untuk anestesi: apakah ada pasien-masalah spesifik?

Pada pasien yang beresiko kehilangan darah ,ketidakstabilan hemodinamik atau morbiditas besar lainnya karena prosedur, anggota tim anestesi harus meninjau keras rencana spesifik untuk resusitasi, dan menggunakan produk darah. Hal ini dapat dipahami karena setiap operasi banyak mengandung resiko yang sangat besar. Jika prosedur operasi tidak memiliki perhatian yang spesifik dokter anestesi hanya bisa mengatakan, "Saya tidak memiliki perhatian khusus mengenai kasus ini.

c) Untuk tim keperawatan: telah kemandulan (termasuk hasil indikator) telah dikonfirmasi? Apakah ada peralatan isu atau masalah?

Perawat instrument yang menyiapkan peralatan untuk tindakan operasi harus mengkonfirmasi secara lisan bahwa instrument yang disterilisasi telah sukses. Setiap hasil yang diharapkan terhadap indikator sterilitas yang sebenarnya harus dilaporkan kepada seluruh anggota tim dan ditangani sebelum sayatan. Ini juga merupakan kesempatan untuk mendiskusikan masalah pada peralatan dan persiapan lainnya.. Jika tidak ada masalah tertentu pada sterilitas instrument/teknologinya (autoclave), maka perawat instrument cukup mengatakan, "Sterility telah diverifikasi dan saya tidak memiliki masalah khusus. "

5) Apakah pencitraan telah di pasang dengan benar?

Pencitraan sangat penting untuk memastikan tempat dimana dilakukan tindakan operasi, termasuk ortopedi, prosedur tulang belakang, dada dan reseksi tumor banyak. Sebelum dilakukan tindakan insisi kulit, koordinator harus menanyakan kepada dokter bedah apakah pencitraan pada kasus ini diperlukan? jika demikian, maka koordinator checklist secara lisan harus mengkonfirmasikan bahwa pencitraan didalam ruangan harus ditampilkan secara jelas dan benar untuk digunakan selama prosedur operasi. Jika pencitraan diperlukan tetapi tidak tersedia, maka harus diperoleh. Dokter bedah akan memutuskan apakah akan melanjutkan operasi tanpa pencitraan. Pada tahap ini selesai dan tim dapat melanjutkan dengan incise kulit.

c. Sign out (Sebelum pasien meninggalkan ruang operasi

Sebelum pasien meninggalkan ruang operasi pemeriksaan keamanan harus diselesaikan. Tujuannya adalah untuk memfasilitasi transfer informasi penting kepada tim perawatan yang bertanggung jawab untuk pasien setelah tindakan operasi. Pemeriksaan dapat dimulai oleh ahli bedah, anestesi atau perawat circuler dan harus dilakukan sebelum dokter bedah meninggalkan ruangan. Hal ini dapat bertepatan pada penutupan luka.  
Rincian langkah pada tahap ini yaitu :

. 1)  Perawat secara lisan menegaskan nama prosedur   
 Karena prosedur mungkin telah berubah atau diperluas selama operasi, Koordinator Checklist harus mengkonfirmasikan dengan ahli bedah dan tim apa prosedur yang dilakukan. Hal ini dapat dilakukan sebagai pertanyaan, "Apa prosedur yang dilakukan?" Atau sebagai konfirmasi, "Kami melakukan prosedur X, yang benar?"

. 2)  Penyelesaian jumlah instrumen, spons dan jarum   
 Jumlah instrumen, spons dan jarum adalah kesalahan biasa, tapi berpotensi bencana. Perawat instrument dan perawat sirculer secara lisan harus mengkonfirmasi kelengkapan instrument, spons dan jumlah jarum. Jika ditemukan jumlah yang tidak tepat maka tim harus waspada sehingga dapat diambil langkah yang sesuai, seperti memeriksa linen, sampah dan luka atau, jika perlu, lakukan foto radiografi.

. 3)  Pelabelan spesimen   
 Pelabelan yang salah pada spesimen patologis dapat berpotensi bencana bagi pasien, dan telah terbukti menjadi sumber kesalahan laboratorium. Perawat Circulasi harus mengkonfirmasi label yang benar dari setiap spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur operasi dengan membaca nama pasien, deskripsi spesimen dan setiap tanda orientasi dengan suara keras.

. 4)  Apakah ada masalah peralatan yang harus ditangani   
 Masalah peralatan bersifat universal di kamar operasi. peralatan yang tidak berfungsi dengan baik dapat didaur ulang, supaya dapat digunakan kembali. Koordinator harus memastikan bahwa masalah peralatan yang timbul selama operasi dapat diidentifikasi oleh tim.

. 5)  Ahli bedah, ahli anestesi dan perawat meninjau kembali mengenai rencana pemulihan dan pengelolaan bagi pasien   
 Dokter bedah, dokter anestesi dan perawat harus meninjau rencana pemulihan pasca-operasi, focus perencanaan pemulihan pada isu-isu intraoperatif atau anestesi yang mungkin mempengaruhi status kesehatan pasien.  
 Dengan ini langkah terakhir Checklist pasien selesai. Jika diinginkan, Checklist dapat ditempatkan dalam catatan pasien atau ditahan untuk diperiksa kualitasnya.

**BAB IV DOKUMENTASI**

A. PENANDAAN AREA OPERASI

1. Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan/operasi harus dilakukan penandaan lokasi operasi dengan menggunakan suatu tanda yang jelas, terlihat sampai saat akan diinsisi.

2. Orang yang bertanggung jawab untuk membuat tanda pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi adalah dokter bedah yang akan melakukan pembedahan/wakil ( dokter bedah harus menyaksikan secara langsung pada proses penandaannya).

3. Penandaan area operasi dilakukan sebelum tindakan induksi anestesi ( rawat inap, poli rawat jalan, persiapan kamar operasi/ di meja operasi ).

4. Bentuk penandaan area operasi berupa panah menunjuk, dilakukan sedekat mungkin pada daerah yang akan dilakukan tindakan incisi.

5. Tanda yang dibuat menggunakan spidol hitam permanen, tidak dapat terhapuskan dan harus tetap terlihat setelah persiapan kulit dan drapping.

6. Penandaan yang digunakan untuk semua prosedur operasi.

7. Semua tanda yang dibuat harus melihat catatan medis, identitas pasien dan hasil pencitraan pasien berupa : sinar X, foto CT Scan, pencitraan elektronik, atau hasil tes lain yang sesuai, untuk memastikan tingkat kebenaran pada   
proses penandaan.

8. Pengecualian untuk penandaan area operasi:   
a. Semua tindakan Endoskopi, prosedur invasif yang direncanakan dianggap dibebaskan dari penandaan bedah . Selain itu, penandaan tersebut tidak ada tanda yang telah ditentukan akses bedahnya, seperti kateterisasi jantung dan prosedur invasif minimal lainnya, akan dianggap dibebaskan. . b. Prosedur yang memiliki pendekatan garis tengah yang dimaksudkan untuk satu organ tertentu yaitu operasi caesar, histerektomi atau tyroidectomy, juga dapat dibebaskan dari penandaan operasi.  
c. Hal ini diakui bahwa tidak ada cara praktis atau dapat diandalkan untuk menandai gigi atau selaput lendir, terutama dalam kasus gigi yang direncanakan untuk ekstraksi. Sebuah tinjauan catatan gigi dan radiografi dengan gigi / gigi harus dilakukan dan nomor anatomi untuk ekstraksi jelas ditandai pada catatan-catatan dan radiografi.

d. Daerah lain / bagian anatomis secara teknis sulit untuk dilakukan penandaan area operasi meliputi bidang-bidang seperti perineum, gembur kulit di sekitar penandaan dan neonatus atau bayi prematur.  
e. Untuk luka atau lesi yang jelas, penandaan area operasi tidak berlaku jika luka atau lesi adalah tempat dilakukannya tindakan pembedahan. Namun, jika ada beberapa luka atau lesi dan hanya beberapa dari luka /lesi tersebut yang dirawat maka penandaan area operasi harus dilakukan sesegera mungkin setelah keputusan dibuat untuk tindakan operasi.

f. Untuk lokasi tubuh manapun yang tidak dilakukan penandaan, harus dilakukan peninjauan verifikasi pasien dan prosedur di 'Time Out' yang merupakan bagian dari WHO Keselamatan Checklist.Hal ini harus dilakukan bersamaan sesuai dengan dokumentasi yang relevan, termasuk: catatan pasien, pencitraan diagnostik (terarah dengan benar).

9. Instruksi Specifik ( yang tidak tercakup pada pengecualian penandaan area operasi).

a. Operasi Mata

Untuk operasi mata tunggal tanda kecil harus dilakukan penandaan pada aspek lateral dari mata antara canthus lateral dan telinga, menunjuk ke mata. Pengecualian adalah untuk prosedur bilateral yang direncanakan pada kedua mata (seperti operasi juling bilateral), tetapi laterality prosedur tersebut harus didokumentasikan dengan baik. Jika tidak ada tanda yang dibuat, maka prosedur sebagaimana dimaksud pada 1.8.f harus ditaati.

b. Operasi Bilateral

Penandaan bilateral boleh dilalakukan untuk memastikan lokasi operasi, tetapi sebenarnya prosedur tindakan ini tidak diperlukan. Jika memang proses penandaan tidak dilakukan maka prosedur sebagaimana dimaksud pada 8.f harus ditaati.

c. Operasi THT

Penandaan pada kulit yang akan dilakukan incise sangat tepat, tetapi tindakan ini tidak tepat pada bagian mukosa atau jaringan didalam (THT) misalnya tindakan tonsilektomi bilateral / adenoidectomy, laryngectomy. Dalam kasus ini 8.b / 8.c / 8.f berlaku. Untuk penandaan area bedah (THT) di mana sayatan kulit dibuat pada operasi yaitu sisi tertentu tympanotomy dan sisi bedah harus ditandai dengan tanda yang telah ditentukan.

d. Bedah Digital

Setiap digit yang dilakukan tindakan operasi harus memiliki tanda sedekat mungkin ke daerarah operasi.

e. Anestesi local/ blok prosedur

Tempat prosedur dilakukan tindakan anestesi terutama pada blok lokal harus ditandai sebelum pasien diberikan anestesi umum (jika ada yang harus diberikan) oleh dokter anestesi. Tanda berupa titik pusat sebagai titik masuknya jarum berada didalam lingkaran dan dibuat menggunakan spidol biru permanen, yang berfungsi sebagai pembeda antara tanda yang dibuat oleh dokter Anestesi dan dokter bedah.

B. SURGICALSAFETYPROSEDUR

1. Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan harus dilakukan verifikasi mengenai ketepatan lokasi, prosedur dan pasien oleh tim kamar bedah (ahli anestesi, ahli bedah dan perawat) dengan menggunakan checklist safety surgery yang terdiri dari:

a. Sebelum induksi anestesi (Sign in)

b. Sebelum insisi pembedahan (Time out)

c. Sebelum penutupan luka (Sign out)

2. Penilaian sebelum induksi anestesi (Sign in)

a. Pastikan bahwa identitas pasien, tempat operasi dan prosedur bedah serta   
informed consent telah sesuai dan dipenuhi.

b. Pastikan bahwa tempat operasi telah ditandai dengan benar

c. Pastikan bahwa hal-hal yang berhubungan dengan pelaksanaan anestesi   
(peralatan, obat, koneksi alat, dsb) dalam keadaan benar dan baik.

d. Pastikan bahwa pulse oximeter telah berada pada pasien dan berfungsi   
dengan baik

e. Pastikan bahwa pasien :

1) Tidak memiliki riwayat alergi

2) Nilai adakah masalah kesulitan jalan nafas dalam rangka melakukan intubasi

3) Adakah risiko kehilangan darah > 500 cc pada pasien dewasa dan 7 cc/KgBB pada anak selama proses operasi

3. Penilaian Sebelum insisi pembedahan (Time out)

a. Setiap anggota tim telah memperkenalkan diri dan perannya terlebih   
dahulu.

b. Dokter bedah, anestesi dan perawat secara verbal telah memastikan   
kebenaran dalam hal identitas pasien, tempat operasi dan prosedur yang akan dilakukan.

c. Dokter bedah dan tim dapat memperkirakan dan mengantisipasi hal hal yang dapat terjadi selama prosedur pembedahan, seperti : risiko perdarahan, lama operasi dan langkah- langah yang perlu diambil untuk mengatasi masalah yang timbul selama proses operasi

d. Dokter anestesi dapat memperkirakan dan mengantisipasi terhadap keadaan spesifik pasien (pasien obesitas)

e. Perawat dapat menjamin terhadap sterilitas alat, kebutuhan peralatan dan instrument yang diperlukan selama operasi

f. Mengevaluasi kembali perlukan pasien mendapatkan antibiotic profilaksis dalam 60 menit sebelum operasi

g. Melihat kembali penunjang diagnostic dalam hal ini imaging telah tersedia dan telah sesuai dengan identitas pasien dan tempat lesi.

4. Sebelum penutupan luka (Sign out)

a. Secara verbal perawat dalam tim bedah telah menuliskan nama prosedur pembedahan

b. Menjamin bahwa instrument bedah, kasa dan jarum telah sesuai dan tidak tertinggal di dalam tubuh pasien

c. Menjamin bahwa specimen (patologi anatomi) telah dikemas dan diberi label secara benar

d. Menjamin bahwa tidak akan terjadi gangguan alat medis dan kebutuhan lainnya dalam proses transport pasien menuju ruang pemulihan atau PACU

e. Menjamin bahwa dokter bedah, anestesi dan perawat telah meninjau hal hal yang diperlukan yang berhubungan dengan proses pemulihan pasien.

5. Surgical safety prosedur ini (sign in, time out dan sign) berlaku juga diluar kamar operasi pada pasien yang dilakukan tindakan invasive, unit tersebut adalah:

a. UGD

b. ICU

c. Poli Bedah Rawat Jalan

d. Poli Gigi

C. SPO

1. SPO Penandaan Area Operasi

2. SPO Pengisian Surgical Patient Safety Checklist

D. FORM

Surgical Safety Checklist

E. INDIKATOR  
1. Indikator berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Untuk mengukur kinerja pelayanan bedah digunakan indikator bedah sentral sesuai dengan rekomendasi DirJen Bina Pelayanan Medik DepKes RI 2008 (Indikator klinis pelayanan bedah dan anestesi, DepKes, 2008) :

a. Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari   
Adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang   
terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.

b. Kejadian kematian di meja operasi ≤ 1%   
Adalah kemataian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.

c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 100%  
Adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.

d. Tidak ada kejadian operasi salah orang 100%  
Adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah.

e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 100%  
Adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.

f. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 100%.  
Adalah kejadian dimana benda asing seperti kassa, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu pembedahan.

g. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube ≤ 6% Adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.

2. Indikator yang ditetapkan Rumah Sakit Islam Sultan Agung

Rumah Sakit Murjani menetapkan beberapa hal yang dijadikan sebagai sasaran mutu kamar bedah yang memuat tiga (3) faktor yaitu faktor klinis, faktor manajemen dan faktor patient safety.

Untuk faktor manejemen pasient safety sudah masuk di dalam indikator standar pelayanan minimal rumah sakit seperti yang tersebut di atas.

a. Faktor Klinis   
Waktu operasi  
Adalah angka kejadian tertundanya operasi lebih dari 2 jam

b. Faktor Manejemen

. 1)  keterlambatan waktu kedatangan dokter bedah lebih dari 20 menit   
pada operasi elektif.  
Adalah angka kejadian keterlambatan dokter bedah > dari 20 menit dari jadwal yang telah ditetapkan saat pendaftaran penjadwalan operasi.

. 2)  Penandaan daerah operasi oleh dokter bedah.  
Adalah angka kejadian di mana pasien operasi yang harus mendapatkan penandaan pada daerah operasi oleh dokter bedah tetapi tidak di lakukan.

. 3)  Visite pre anestesi oleh dokter anestesi.  
Adalah angka kejadian di mana dokter anestesi tidak melakukan visite pre anestesi.   
4) Pelaksanaan sign in, time out dan sign out.  
Adalah angka kejadian di mana tim bedah tidak melakukan verifikasi daftar tilik keselamatan pasien sesuai dengan fase nya (sign in, time out, dan sign out)

F. SISTEM PELAPORAN

1. Kamar operasi melakukan pencatatan dan pelaporan yang meliputi : kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan sentinel events yang terjadi selama di kamar bedah

2. Pencatatan dan pelaporan insiden mengacu pada Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Murjani

3. Kamar operasi membuat formulir pelaporan, buku register insiden dan formulir rekapitulasi insiden

4. Hal yang dilaporkan

a. Kejadian nyaris cedera

b. Kejadian tidak diharapkan

c. Sentinel events

d. Indikator keselamatan pasien

5. Waktu pelaporan :

a. Setiap terjadi KTD dilaporkan ke Tim KPRS dalam waktu 24 jam

b. Indikator keselamatan pasien dilaporkan setiap bulan ke Tim KPRS.

**BAB V PENUTUP**

Demikianlah panduan ini disusun sebagai pedoman dalam menjalankan layanan bedah yang aman khususnya dalam rangka mencegah salah sisi, prosedur dan pasien yang menjalani tindakan operasi.

Panduan ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu panduan akan dievaluasi kembali setiap 2 sampai 3 tahun sesuai dengan tuntutan layanaan dan standar akreditasi baik akreditasi Nasional 2012 maupun standar Internasional.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Ludwick S. Surgical safety : addressing the JCAHO goals for reducing wrong-site, wrong-patient, wrong-procedure events. Advance in Patient Safety 2004; 3 :483- 492 2. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Identification. Patient Safety Solutions 2007; Volume 1.  
3. Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure. And wrong-patient adverse events. Arch Surgery 2006;141 931-939  
4. WorldAllianceforPatientsafety.ImplementationManualSurgicalSafetyChecklist (1th ed.). Safe Surgery Saves Lives. WHO. 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590\_eng.pdf  
5. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. DirJen Bina Pelayanan Medik DepKes RI