



**GAMBARAN KELENGKAPAN PENGISIAN *SURGICAL SAFETY*
CHECKLIST DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RUMAH SAKIT ISLAM
BANJARNEGARA**

SKRIPSI

OLEH:

EKA AYUNINGTYAS

30902200256

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 7 Desember 2023

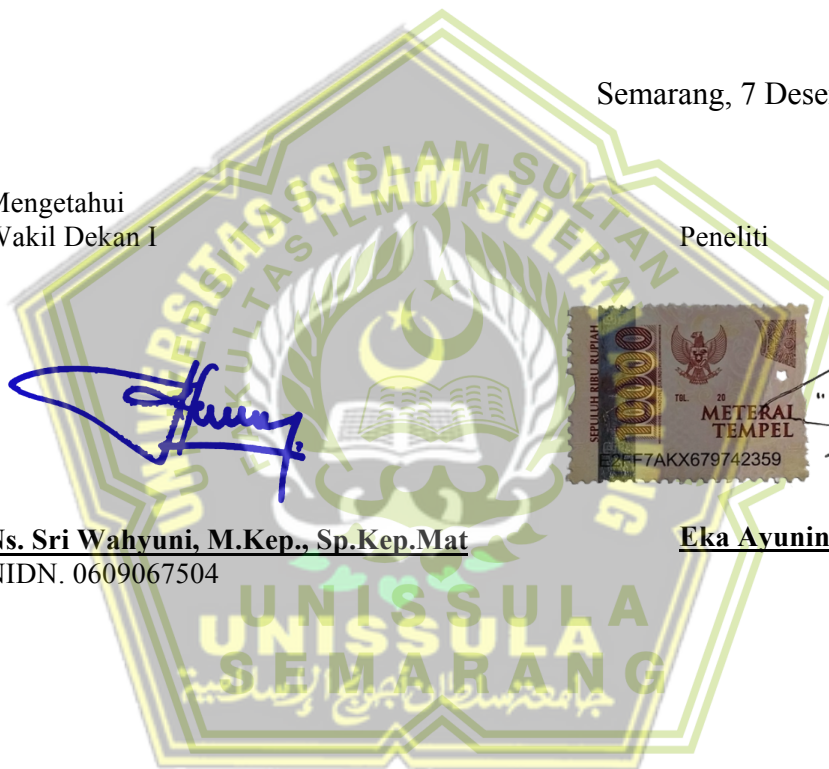
Mengetahui
Wakil Dekan I

Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 0609067504

Peneliti



Eka Ayuningtyas



HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

GAMBARAN KELENGKAPAN PENGISIAN *SURGICAL SAFETY* *CHECKLIST* DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RUMAH SAKIT ISLAM BANJARNEGARA

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Eka Ayuningtyas

NIM : 30902200256


Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I

Pembimbing II

Tanggal: 7 Desember 2023

Tanggal: 7 Desember 2023


Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN
NIDN. 0605108901


Ns. Mohammad Arifin Noor, M. Kep., Sp. Kep. MB
NIDN. 0627088403

UNISSULA
SEMARANG

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

**GAMBARAN KELENGKAPAN PENGISIAN *SURGICAL SAFETY*
CHECKLIST DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RUMAH SAKIT ISLAM
BANJARNEGARA**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Eka Ayuningtyas

NIM : 30902200256

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 15 Oktober 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep

NIDN. 0615098802

Penguji II,

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN

NIDN. 0605108901

Penguji III,

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIK. 0627088403

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 0622087404

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Oktober 2023**

ABSTRAK

Eka Ayuningtyas

GAMBARAN KELENGKAPAN PENGISIAN *SURGICAL SAFETY CHECKLIST* DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RUMAH SAKIT ISLAM BANJARNEGARA

80 halaman + 3 tabel + xi + 4 lampiran

Latar Belakang : Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang sering dilakukan dan berperan penting dalam pelayanan kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan keselamatan pasien (*patient safety*) menjadi penting untuk diutamakan. Keselamatan pasien menjadi tanggung jawab dari pemberi jasa pelayanan kesehatan. Di Indonesia berdasarkan data dari Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) tahun 2022 melaporkan jumlah insiden keselamatan pasien sebanyak 5057 insiden. Penerapan SSC memberikan dampak positif dengan 47% penurunan angka kematian dan 36% penurunan angka komplikasi akibat tindakan pembedahan.

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif dengan jumlah responden 30 orang dengan teknik total sampling. Data yang diperoleh diolah secara statistic dengan rumus distribusi frekuensi.

Hasil : Berdasarkan hasil analisa diperoleh bahwa pada fase *sign in* sebagian besar responden masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 3-5 poin sebanyak 19 responden (63,3%). Fase *time out* responden paling banyak masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 4-7 poin sebanyak 22 responden (73,3%). Pada fase *sign out* responden juga sebagian besar masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 2-3 poin sebanyak 24 responden (80%).

Simpulan : Pada fase *sign in*, *time out* dan *sign out* sebagian besar responden masuk dalam kategori cukup.

Kata Kunci : *Surgical Safety Checklist, Sign In, Time Out, Sign Out*

Daftar Pustaka : xx (20xx-20xx)

**BACHELOR OF SCIENCE NURSING
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, October 2023**

ABSTRACT

Eka Ayuningtyas

**OVERVIEW OF THE COMPLETENESS OF FILLING OUT THE
SURGICAL SAFETY CHECKLIST AT THE CENTRAL SURGICAL
INSTALLATION OF THE BANJARNEGARA ISLAMIC HOSPITAL**

80 pages + 3 tables + xi + 4 attachments

Background: Surgery is one of the medical procedures that is often performed and plays an important role in health services. In health services patient safety (patient safety) is important to prioritize. Patient safety is the responsibility of the health care provider. In Indonesia based on data from the National Committee for Patient Safety (KNKP) in 2022 reported the number of patient safety incidents as many as 5057 incidents. The implementation of SSC has a positive impact with a 47% reduction in mortality and a 36% reduction in the number of complications due to surgery.

Methods: This study is a quantitative study with descriptive method with 30 respondents with total sampling technique. The data obtained were processed statistically with the frequency distribution formula.

Results: Based on the results of the analysis, it was found that in the sign in phase most respondents were in the sufficient category, namely filling in 3-5 points as many as 19 respondents (63.3%). In the time out phase, most respondents were in the sufficient category, namely filling in 4-7 points as many as 22 respondents (73.3%). In the sign out phase, most respondents also fell into the sufficient category, namely filling in 2-3 points as many as 24 respondents (80%).

Conclusion: In the sign in, time out and sign out phases, most respondents were in the sufficient category.

Keywords: Surgical Safety Checklist, Sign In, Time Out, Sign Out

Bibliography: xx (20xx-20xx)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat serta karunia-Nya kepada kita semua sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Gambaran Kelengkapan Pengisian *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Islam Banjarnegara”. Penulis menyadari bahwasanya dalam penyusunan skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Maka, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. dr. H. Arif Fadlullah Chonar selaku Direktur RSI Banjarnegara.
2. dr. Pramesti Dewi, M.Kes selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung.
3. Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
4. Ns. Retno S., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku ketua program studi Ilmu Keperawatan.
5. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN selaku pembimbing I atas bimbingan, saran dan masukannya.
6. Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku pembimbing II atas bimbingan, saran dan masukannya.
7. Segenap Dosen program studi Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang telah memberikan ilmu kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak luput dari berbagai kekurangan. Penulis mengharapkan saran serta kritik demi kesempurnaan dan perbaikannya sehingga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi bidang kesehatan.

Banjarnegara, 23 September 2023

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Teori.....	6
B. Kerangka Teori	28
BAB III METODE PENELITIAN.....	31
A. Kerangka Konsep.....	31
B. Variabel Penelitian.....	31
C. Desain Penelitian	31
D. Populasi dan Sampel Penelitian	32
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	33
F. Definisi Operasional	33
G. Metode Pengumpulan Data.....	36
H. Metode Pengolahan Data	38
I. Metode Analisis Data.....	38
J. Etika Penelitian	39
BAB IV HASIL PENELITIAN	41
BAB V PEMBAHASAN	43
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	43
B. Keterbatasan Penelitian.....	55
BAB VI PENUTUP.....	56
A. Kesimpulan	56
B. Saran	56

DAFTAR PUSTAKA.....58

LAMPIRAN.....62



DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional	34
Tabel 4. 1 Karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja.....	41
Tabel 4. 2 Gambaran kelengkapan pengisian <i>Surgical Safety Checklist</i> di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Islam Banjarnegara	42



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori	30
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian	31



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian.....	63
Lampiran 2 Lembar Permohonan Responden.....	66
Lampiran 3 Master Tabel.....	68
Lampiran 4 Output <i>SPSS</i>	69



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Keselamatan dan keamanan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Dalam pelayanan kesehatan keselamatan pasien (*patient safety*) menjadi penting untuk diutamakan. Keselamatan pasien menjadi tanggung jawab dari pemberi jasa pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pada pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan juga mencegah terjadinya cedera.

Insiden merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Permenkes RI, 2017). Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan, diantaranya Kondisi Potensial Cedera (KTC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Ada insiden yang terjadi di rumah sakit sebesar 9,2% dan hampir setengahnya (43,5%) dapat dicegah. Insiden yang mengakibatkan kecacatan ringan sebesar 56,3% dan insiden yang mengakibatkan kematian sebesar 7,4%. Insiden yang terjadi di rumah sakit sebesar 39,6% terkait tindakan pembedahan atau operasi (Olsen et al., 2010).

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang sering dilakukan dan berperan penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan mempunyai tujuan yang baik, seperti menyelamatkan jiwa, mencegah kecacatan, dan mencegah komplikasi. Akan tetapi, tindakan pembedahan yang tidak baik juga dapat menyebabkan komplikasi hingga dapat membahayakan nyawa. Ada 313 juta tindakan pembedahan yang dilakukan setiap tahunnya mengakibatkan setidaknya 4,3 juta meninggal setelah 30 hari tindakan operasi (Nepogodiev et al., 2019).

Di Indonesia berdasarkan data dari Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) tahun 2022 melaporkan jumlah insiden keselamatan pasien sebanyak 5057 insiden. Data untuk insiden KNC sebanyak 1.719, insiden KTC sebanyak 1.558, dan insiden KTD sebanyak 1.780. Berdasarkan jumlah kasus akibat insiden tahun 2022 dilaporkan kasus kematian 117, kasus cedera berat 43, kasus cedera sedang 349, kasus cedera ringan 802, dan kasus tidak ada cedera 3.746.

Program *patient safety* bertujuan untuk memfasilitasi pengembangan kebijakan dan praktik keselamatan pasien secara global dan berperan sebagai kekuatan utama untuk peningkatan keselamatan pasien di dunia (World Health Organization, 2009). Untuk meningkatkan keselamatan pasien pada tindakan pembedahan serta untuk menurunkan komplikasi dan kematian akibat tindakan pembedahan, WHO berinisiasi untuk membuat SSC (*Surgical Safety Checklist*). SSC di ruang atau kamar bedah terdiri dari 3 tahap yaitu

saat sebelum induksi anestesi (*sign in*), sebelum dilakukan insisi kulit (*time out*), dan sebelum mengeluarkan pasien dari kamar bedah (*sign out*).

Penerapan SSC memberikan dampak positif dengan 47% penurunan angka kematian dan 36% penurunan angka komplikasi akibat tindakan pembedahan pada sekitar 8.000 pasien dari 8 (delapan) negara (Weiser & Haynes, 2018). Penelitian di kamar bedah Rumah sakit Dr. Yap Yogyakarta dengan pemberian implementasi SSC (Pujianto, 2014), memberikan hasil bahwa terdapat pengaruh implementasi SSC terhadap keselamatan pasien dengan nilai signifikansi sebesar 0,001. Salah satu cara untuk mengurangi insiden saat operasi adalah dengan menerapkan SSC (Saputra et al., 2022).

B. Perumusan Masalah

Tindakan pembedahan di rumah sakit berperan penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan yang memiliki manfaat, juga dapat membahayakan keselamatan pasien jika tidak dilakukan sesuai dengan prosedur yang baik. Di Indonesia pada tahun 2022 dari jumlah insiden sebanyak 5.057 mengakibatkan 2,3% kematian, 0,8% cedera berat, 6,9% cedera sedang, 15,9% cedera ringan, dan 74,1% tidak ada cedera. Untuk meminimalkan terjadinya insiden dapat menggunakan *Surgical Safety Checklist* yang ditetapkan oleh WHO.

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul "Bagaimana Gambaran Kelengkapan Pengisian *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Islam Banjarnegara?".

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini antara lain:

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran kelengkapan pengisian *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Islam Banjarnegara.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik perawat bedah di Rumah Sakit Islam Banjarnegara meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja.
- b. Mengidentifikasi kelengkapan pengisian *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Islam Banjarnegara.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diperoleh dari penelitian ini antara lain:

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pelayanan keperawatan, khususnya dalam meningkatkan keselamatan pasien dengan menerapkan *Surgical Safety Checklist* dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai bahan dalam membuat kebijakan Rumah Sakit tentang pelaksanaan sasaran keselamatan pasien, khususnya dalam *Surgical Safety Checklist*.

3. Bagi Masyarakat

Masyarakat mendapatkan pelayanan keperawatan yang aman berdasarkan sasaran keselamatan pasien.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman (Permenkes RI, 2017). Sistem tersebut meliputi pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pada pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan juga mencegah terjadinya cedera yang disebabkan kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Dalam standar *Joint Commision International* (JCI) edisi ke-6 yang berlaku sejak 1 Juli 2017, terdapat sasaran internasional keselamatan pasien (*International Patient Safety Goals*). Sasaran internasional keselamatan pasien (Joint Commision International, 2017) meliputi: 1) Mengidentifikasi pasien dengan benar, 2) Meningkatkan komunikasi yang efektif, 3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, 4) Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, 5) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan, 6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Berikut ini sasaran keselamatan pasien yang digunakan di Indonesia (Permenkes RI, 2017), antara lain:

a. Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi hampir di semua tahapan diagnosis dan pengobatan. Sasaran ini dimaksudkan untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dan untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

b. Sasaran 2: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dapat dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan serta menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium cito melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif melakukan pengembangan kebijakan atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk mencatat perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah yang kemudian penerima perintah membacakan ulang (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan tersebut dan melakukan konfirmasi bahwa apa yang dituliskan dan dibaca ulang telah akurat. Kebijakan dan prosedur identifikasi ini juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan ulang jika tidak

memungkinkan hal tersebut dilakukan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

c. Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang mempunyai risiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat, Rupa, dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*).

Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja misalnya, kalium klorida 2 meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9% dan magnesium sulfat 50% atau lebih pekat. Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan atau pada keadaan darurat.

d. Sasaran 4: Memastikan Lokasi pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

Salah lokasi, salah prosedur, dan 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 yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang atau tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*) dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, pengkajian pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

e. Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infection*) dan pneumonia (seringkali berhubungan dengan penggunaan ventilasi mekanis).

Fokus dari pengurangan infeksi ini mapun infeksi yang lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mempunyai proses secara kolaboratif dalam mengembangkan kebijakan atau prosedur yang

menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi.

f. Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Safe Surgery

Tindakan pembedahan merupakan tindakan medis yang kompleks dan meliputi banyak langkah-langkah yang harus dioptimalkan pada setiap pasien. Untuk meminimalkan komplikasi yang serius hingga kematian, maka tim operasi harus mempunyai 10 tujuan penting untuk operasi yang aman pada setiap tindakan pembedahan yang mendukung *guidelines for safe surgery* WHO. Pelaksanaan *guidelines for safe surgery* WHO diklasifikasikan ke dalam tiga kategori: *Highly Recommended* (harus ada di setiap pembedahan), *Recommended* (dianjurkan ada di setiap pembedahan), dan *Suggested* (dipertimbangkan di setiap pembedahan). Berikut ini 10 tujuan penting untuk operasi yang aman (World Health Organization, 2009), antara lain:

- a. Tim akan mengoperasi pasien yang benar di lokasi yang benar.

Highly Recommended: sebelum induksi anestesi, seorang anggota tim harus mengonfirmasi bahwa pasien telah benar diidentifikasi, bisa secara verbal kepada pasien ataupun keluarga pasien dan dengan identifikasi gelang atau identifikasi fisik yang lain yang sesuai. Identitas yang harus dikonfirmasi diantaranya nama, tanggal lahir, alamat dan nomor rekam medis. Selain itu, tim juga harus mengkonfirmasi apakah pasien telah diberikan persetujuan tindakan medik untuk prosedur yang akan dilakukan dan mengkonfirmasi lokasi dan prosedur sesuai terhadap pasien tersebut. Operator melakukan penandaan pada lokasi pembedahan terutama pada kasus dengan struktur yang multiple (misalnya jari, kulit, vertebra dan lain-lain). Ahli anaestesi dan perawat harus memeriksa apakah lokasi yang ditandai tersebut telah benar dan menyesuaikan dengan rekam medisnya. Tanda yang diberikan tidak boleh ambigu, misalnya dengan menandai dengan tanda “x”, yang dapat berarti tidak boleh diinsisi atau merupakan tempat yang harusnya dibedah. Terakhir, tim operasi secara bersama-sama memverifikasi pasien, lokasi dan prosedur selama *time out* atau penghentian sementara sebelum insisi kulit. Operator harus mengucapkan dengan kata keras nama pasien, operasi yang akan dilakukan dan sisi atau lokasi pembedahan. Perawat dan ahli anestesi harus terus mengkonfirmasi apakah informasi tersebut benar.

- b. Tim akan menggunakan metode yang diketahui untuk mencegah bahaya dari pemberian anestesi, termasuk melindungi pasien dari nyeri.

Highly Recommended: komponen pertama dan yang paling penting dari pelayanan peri-anestesi adalah kewaspadaan dan ahli anestesi yang profesional. Penambahan oksigen harus disediakan untuk semua pasien yang menjalani operasi. Oksigenasi jaringan dan perfusi harus dimonitor berkesinambungan menggunakan pulse oxymeter dengan suara yang cukup keras sampai terdengar di seluruh kamar operasi. Jalan nafas yang adekuat dan ventilasi harus dimonitor secara berkesinambungan dengan observasi dan auskultasi. Sirkulasi harus dimonitor secara berkesinambungan dengan auskultasi dan palpasi denyut jantung atau dengan menunjukkan denyut jantung di monitor jantung atau pulse oxymeter. Tekanan darah arteri harus ditentukan minimal setiap lima menit dan lebih sering sesuai indikasi. Rata-rata pengukuran suhu tubuh harus disediakan dan digunakan interval sesuai dengan indikasi klinis. Kedalaman anestesi (derajat kesadaran) harus dinilai secara teratur dengan observasi klinis.

Recommended: konsentrasi oksigen inspirasi harus dimonitor seluruhnya dengan alarm konsentrasi oksigen rendah. Sebagai tambahan, peralatan untuk mengatasi hipoksia dan suplai oksigen yang gagal juga harus menggunakan alarm. Pengukuran terus-menerus dan display karbon dioksida kadaluarsa dan konsentrasi capnography harus digunakan untuk mengkonfirmasi penempatan yang tepat dari selang

intubasi dan juga ventilasi yang adekuat. Konsentrasi agen inhalasi harus diukur secara berkesinambungan. Elektrokardiografi harus digunakan untuk memonitor denyut jantung. Tersedianya defibrilator dan suhu tubuh harus diukur terus-menerus dengan suhu elektronik. Stimulasi syaraf perifer harus digunakan untuk menilai status paralisis ketika diberikan obat penghambat neuromuscular

- c. Tim akan mengenali dan mengadakan persiapan efektif untuk ancaman jalan nafas atau fungsi respirasi.

Highly Recommended: Semua pasien harus dievaluasi jalan nafasnya secara obyektif sebelum diinduksi anestesi, bahkan ketika tidak diperlukan intubasi guna mengidentifikasi kesulitan dalam manajemen jalan nafas. Ahli anestesi harus mempunyai rencana strategi untuk menangani jalan nafas dan menyiapkan untuk menjalankannya meskipun ketiadaan jalan nafas tidak mungkin terjadi. Ketika ahli anestesi mencurigai jalan nafas yang sulit, bantuan selama induksi harus segera tersedia. Ketika pasien diketahui mempunyai jalan nafas yang sulit, alternatif metode anestesi harus dipertimbangkan, termasuk anestesi regional atau intubasi sadar dibawah anestesi lokal. Semua ahli anestesi harus menjaga ketrampilan manajemen jalan nafas dan familiar dengan berbagai strategi untuk menangani kesulitan jalan nafas. Setelah intubasi, ahli anestesi harus selalu mengkonfirmasi penempatan selang endotrakheal dengan mendengar suara nafas di lambung dan mengawasi oksigenasi pasien dengan pulse oxymeter. Pasien yang menjalankan

pembedahan elektif harus dipuaskan terlebih dahulu sebelum anestesi untuk menghindari aspirasi dari lambung.

Recomended: ahli anestesi harus mengkonfirmasi penempatan selang endotrakheal setelah intubasi dengan capnography. Hasil dari evaluasi jalan nafas dan deskripsi kemudahan atau kesulitan intubasi harus direkam dalam catatan anestesi.

- d. Tim akan mengenali dan mengadakan persiapan efektif terhadap risiko tinggi kehilangan darah.

Highly Recomendaded: sebelum induksi anestesi, ahli anestesi harus mempertimbangkan kemungkinan kehilangan sejumlah darah dan jika termasuk risiko yang signifikan, maka harus dilakukan persiapan yang sesuai. Jika risiko tidak diketahui, ahli anestesi harus mengkomunikasikan dengan operator mengenai kemungkinan yang mungkin terjadi. Sebelum insisi kulit, tim harus berdiskusi mengenai risiko kehilangan darah dan jika bermakna, pastikan bahwa akses intravena tersedia.

Recomended: seorang anggota tim harus mengkonfirmasi ketersediaan darah jika diperlukan untuk pembedahan.

- e. Tim akan menghindari stimulasi alergi dan reaksi efek samping obat-obatan pada pasien yang telah diketahui mempunyai faktor risiko yang signifikan.

Hihgly Recomendaded: ahli anestesi harus sepenuhnya mengerti farmakologi obat yang diterapkan dan diberikan, termasuk

toksisitasnya. Setiap pasien yang akan diberikan obat harus diidentifikasi secara jelas dan eksplisit oleh orang yang memberikan obat. Riwayat obat-obatan lengkap, termasuk informasi alergi dan reaksi hipersensitivitas lainnya harus diketahui sebelum pemberian obat-obatan.

Recommended: pengobatan harus diorganisir secara sistematis untuk memastikan posisi ampul dan syring obat-obatan konsisten pada tempatnya, pisahkan obat-obat yang berbahaya dengan obat lainnya yang mirip. Label ampul dan syring harus dapat dibaca dan terdapat informasi standart seperti konsentrasi, tanggal kadaluarsa dan lain-lain. Kemasan yang sama di antara obat-obatan sebaiknya dihindarkan jika memungkinkan. Kesalahan pemberian intravena selama anestesu harus dilaporkan dan ditinjau kembali

- f. Tim akan secara konsisten menggunakan metode yang diketahui untuk meminimalisasi risiko infeksi pada lokasi pembedahan.

Highly Recommended: antibiotik profilaksis harus digunakan secara rutin pada semua kasus pembedahan, baik yang sehat maupun yang terkontaminasi. Ketika antibiotik diberikan secara profilaksis untuk mencegah infeksi, maka harus diberikan 1 jam sebelum insisi dengan dosis tunggal dan spektrum antimikroba yang efektif dalam melawan kuman patogen yang biasa mengkontaminasi prosedur. Sebelum insisi kulit, tim harus mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit yang lalu. Setiap fasilitas juga harus disterilasi

secara rutin. Sebelum induksi anestesi, perawat atau individu lain yang bertanggung jawab dalam penyiapan alat-alat oembedaha harus mengkonfirmasi sterilitas alat dan mengkomunikasikan masalah yang ada dengan operator dan ahli anestesi. Dosis ulang antibiotik profilasksis harus dipertimbangkan jika prosedur pembedahan berlangsung lebih dari 4 jam atau jika terdapat perdarahan intra operasi yang banyak. Antibiotik untuk profilasksis harus dihentikan 24jam setelah prosedur. Rambut tidak harus diangkat kecuali kalau tercampur dalam lokasi operasi. Jika rambut ingin disingkirkan, maka harus dijepit 2 jam sebelum operasi. Mencukur tidak direkomendasikan karena menignkatkan risiko infeksi di tempat operasi. Pasien pembedahan harus menerima oksigen selama periode peri operasi sesuai dengan kebutuhan. Pengukuran untuk menjaga normothermia harus dilaksanakan pada periode peri operasi. Kulit semua pasien pembedahan harus disiapkan dengan agen antiseptik yang sesuai sebelum pembedahan. Agen antimiroba harus dipilih yang mampu menurunkan jumlah mikroba kulit secara cepat dan efeknya bertahan selama operasi. Antiseptik tangan operator harus dipastikan dengan sabun antimikroba. Tangan dan lengan atas harus digosok selama 2-5 menit. Jika tangan telah bersih secara fisik, maka agen antiseptik dengan bahan dasar alkohol digunakan untuk antiseptik. Tim operasi harus menutup rambut mereka dan menggunakan baju panjang dan sarung tangan steril selama operasi.

Recommended: Jika rambut diangkat, penggunaan obat penghilang rambut diminimalkan. Rokok yang digunakan harus diberhentikan minimal 30 hari sebelum pembedahan elektif jika memungkinkan. Pasien pembedahan harus mandi dengan sabun antiseptik. Infeksi sebelumnya harus dihilangkan sebelum jadwal operasi. Tim operasi harus menggunakan masker selama operasi. Tirai pembedahan efektif ketika basah yang digunakan sebagai batas steril. Penutup steril harus dipertahankan pada luka operasi selama 24-48jam. Surveilans aktif untuk infeksi lokasi pembedahan harus dilakukan secara prospektif.

Suggested: fraksi inspirasi oksigen yang tinggi (8%), harus diberikan selama operasi dan tambahan oksigen harus diberikan minimal 2 jam setelah operasi. Pompa udara tekanan positif harus dipertahankan di kamar operasi. Ruang operasi harus dibersihkan setelah kasus kotor atau infeksi dan setiap akhir pembedahan setiap harinya. Tim pembedahan harus diberikan edukasi mengenai pencegahan infeksi dan dikontrol setiap tahunnya

g. Tim akan mencegah ketinggalan instrumen dan kasa pada luka pembedahan.

Highly Recommended: jumlah kasa, jarum, pisau, alat-alat dan barang-barang lainnya yang cenderung dapat tertinggal dalam ruang tubuh harus dilihat ketika dimasukkan ke ruang peritoneal, retroperitoneal, pelvis dan thorakal. Operator harus melakukan metode eksplorasi luka sebelum menutup setiap ruang anatomi atau luka operasi.

Penghitungan jumlah peralatan yang mungkin dapat tertinggal dilakukan minimal saat dimulai dan terakhir pembedahan.

Suggested: validasi, sistem penghitungan kasa otomatis seperti barcode atau kasa yang dilabeli radio dapat digunakan.

- h. Tim akan mengamankan dan secara akurat mengidentifikasi semua spesimen pembedahan.

Highly Recommended: tim harus mengkonfirmasi semua spesimen pembedahan telah dilabeli dengan benar dengan identitas pasien, nama spesimen dan asal lokasi spesimen dan meminta persetujuan verbal dari yang lain.

- i. Tim akan berkomunikasi secara efektif.

Highly Recommended: sebelum insisi kulit, operator harus memastikan bahwa anggota tim, perawat, ahli anestesi dan asisten pembedahan memperhatikan langkah-langkah prosedur yang akan dilakukan, risiko kehilangan darah masif, berbagai peralatan yang diperlukan dan hal lain yang tidak rutin dilakukan. Perawat harus menginformasikan anggota tim tentang keamanan yang perlu diperhatikan dan kurangnya ketersediaan atau persiapan berbagai peralatan khusus. Ahli anestesi harus menginformasikan kepada tim mengenai keamanan yang perlu diperhatikan seperti kesulitan dalam persiapan resusitasi setelah kehilangan darah masif atau keadaan komorbid pasien yang berisiko terhadap prosedur anestesi. Pada kasus bilateral, bagian tubuh multipel (misalnya, jari tangan dan kaki, spinal)

maka tim harus mengkonfirmasi mengenai kebutuhan pencitraan dan diletakkan di kamar operasi. Sebelum pasien meninggalkan ruangan, operator harus menginformasikan anggota-anggota tim berbagai pergantian yang dibuat pada prosedur yang akan dijalankan, berbagai masalah yang mungkin terjadi setelah post operasi dan rencana esensial post operasi (misalnya antibiotik, profilaksis tromboemboli vena, intake oral dan perawatan luka maupun drain). Ahli anestesi merangsungkan kondisi klinis pasien selama operasi dan instruksi lainnya yang diperlukan untuk memastikan keamanan pemulihan. Perawat harus memberitahukan tim mengenai tambahan perhatian yang harus ada selama operasi atau masa pemulihan.

- j. Rumah sakit dan sistem kesehatan masyarakat akan secara rutin mengawasi mengenai kapasitas pembedahan, jumlah, dan hasil.

Highly Recommended: pada tingkat nasional, data yang dikumpulkan harus sistematis: jumlah kamar operasi, jumlah operator terlatih dan ahli anestesi terlatih, angka mortalitas di hari pembedahan dan post operasi (rawat inap). Pada tingkat rumah sakit dan praktisi, data harus dikumpulkan secara sistematis oleh fasilitas dan klinis: angka mortalitas di hari pembedahan dan post operasi (rawat inap).

Recommended: data harus dikumpulkan secara sistematis berupa jumlah kamar operasi berdasarkan lokasi (rawat inap dan rawat jalan), umum atau pribadi, jumlah operator terlatih berdasarkan spesialisasi (bedah umum, obstetri dan ginekologi, bedah saraf, ahli mata, ahli

telinga hidung tenggorokan, ahli bedah tulang dan urologi), jumlah penyedia pembedahan lain (residen, pegawai medis, dokter muda), jumlah ahli anestesi terlatih (ahli anestesi, perawat anestesi, pegawai anestesi), jumlah perawat peri operasi, jumlah prosedur pembedahan yang dilakukan di kamar operasi (emergency atau elektif), proporsi kematian saat hari pembedahan dengan 10 besar prosedur tersering di negara, dan proporsi angka kematian rawat inap setelah prosedur pembedahan dengan 10 besar prosedur tersering di negara. Untuk surveilans yang lebih rinci di tingkat rumah sakit dan praktisi adalah data mengenai infeksi di lokasi pembedahan dan skor APGAR pembedahan.

Suggested: Pengukuran outcome termasuk morbiditas dengan komplikasi tertentu dan survei klinis untuk follow up dan deteksi komplikasi.

3. Surgical Safety Checklist

Surgical Safety Checklist dibuat dan disusun oleh *World Health Organization* (WHO) yang bertujuan untuk membantu tim operasi dalam mengurangi jumlah kematian akibat tindakan pembedahan di seluruh dunia (World Health Organization, 2009). Pembuatan *checklist* ini sendiri sebelumnya telah berkonsultasi dengan para ahli bedah, ahli anestesi, dan perawat untuk mengidentifikasi hal-hal penting dari keselamatan pasien yang berkaitan dengan tindakan pembedahan. Tujuan program ini untuk mengatasi isu-isu keselamatan pasien termasuk tidak memadainya keselamatan pasien dalam tindakan anestesi, menghindari infeksi

nosokomial, meningkatkan komunikasi saat operasi diantara anggota tim bedah.

Penggunaan *Surgical Safety Checklist* memberikan manfaat terutama dalam mengurangi insiden yang membahayakan keselamatan pasien (Nurhayati & Suwandi, 2019). Penerapan *Surgical Safety Checklist* akan efektif saat perawat kamar operasi konsisten dalam menerapkan sikap dan menjaga budaya keselamatan pasien, konsisten melaksanakan prosedur keselamatan pasien, serta tim ruang operasi yang kompak. *Surgical Safety Checklist* sudah baku dari WHO yang merupakan alat komunikasi praktis dan sederhana untuk meningkatkan keselamatan pasien yang berperan penting dalam tindakan pembedahan (Mafra & Rodrigues, 2018).

Dalam pelaksanaannya, pengisian *checklist* harus diwakili oleh seorang koordinator. Koordinator bertugas untuk memimpin chekslist dan harus mengkonfirmasi apakah setiap tahapannya sudah dilaksanakan sebelum melanjutkan ke tahapan berikutnya. Semua langkah pada *checklist* harus tepat dilaksanakan oleh anggota tim dan diperiksa secara lisan untuk memastikan bahwa tindakan utama telah dilakukan.

Surgical Safety Checklist sendiri terbagi menjadi tiga tahap, meliputi sebelum dilakukan induksi anestesi (*sign in*), setelah induksi dan sebelum dilakukan sayatan bedah (*time out*), dan periode selama atau segera setelah penutupan luka dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*sign out*). Pada setiap tahapan yang ada, koordinator

checklist harus melakukan konfirmasi kepada tim bahwa telah diselesaikan tugasnya sebelum melakukan tindakan lebih lanjut (World Health Organization, 2009).

a. Sebelum Induksi Anestesi (*Sign In*)

Koordinator checklist dapat menyelesaikan sekaligus atau dilakukan secara berurutan tergantung alur dari persiapan untuk anestesi, rincian untuk setiap langkah-langkah dalam kolom "*Sign In*" antara lain:

1) Perawat di ruang serah terima Instalasi Bedah Sentral (IBS) mengkonfirmasi kepada pasien terkait identitas, sisi yang akan dioperasi, prosedur operasi dan persetujuan tindakan. Setelah dinyatakan lengkap, pasien akan dibawa memasuki ruang operasi. Ketika konfirmasi pada pasien tidak bisa dilakukan, misalkan pada kasus anak-anak dan tidak mampu, bisa digantikan dengan keluarga pasien atau wali pasien dan jika dalam keadaan darurat dimana tidak ada keluarga pasien atau wali pasien, kotak ini bisa dibiarkan tidak terisi.

2) Sisi yang akan dioperasi sudah ditandai

Koordinator checklist harus mengkonfirmasi bahwa dokter bedah yang akan melakukan operasi telah menandai sisi yang akan dioperasi, dalam kasus yang melibatkan lateralitas (perbedaan kanan atau kiri) atau beberapa struktur atau tingkat (misalnya jari tertentu, jari kaki, lesi kulit, tulang belakang). Penanda lokasi untuk

struktur garis tengah (misalnya tiroid) atau struktural (misalnya limpa) akan mengikuti kebiasaan setempat. Bagaimanapun dengan memberikan tanda pada medan yang akan dioperasi akan membantu mengkonfirmasi letak dan prosedur operasi yang benar.

- 3) Mesin dan obat-obatan anestesi sudah diperiksa secara lengkap
Koordinator melengkapi langkah berikutnya dengan menanyakan kepada dokter anestesi terkait tentang pemeriksaan peralatan anestesi, sistem pernafasan (termasuk oksigen dan inhalasi), penghisap, apakah berfungsi dengan baik, serta memeriksa ketersediaan obat dan risiko anestesi terhadap setiap kasus.
- 4) Pulse Oxymetri sudah terpasang dan berfungsi.
Koordinator checklist melakukan konfirmasi sebelum induksi anestesi, mengenai pulse oxymetri apakah sudah terpasang pada pasien dan berfungsi dengan baik atau belum.
- 5) Apakah pasien memiliki risiko aspirasi?
Koordinator harus mengkonfirmasi secara lisan kepada dokter anestesi apakah pasien memiliki kesulitan jalan nafas. Kematian karena kehabisan nafas selama anestesi masih menjadi bencana global tetapi masih bisa dicegah dengan perencanaan yang tepat. Risiko aspirasi juga menjadi salah satu penilaian untuk menilai jalan nafas. Seperti contoh, jika pasien mengalami gejala refluk aktif atau perut yang penuh, maka dokter anestesi harus mempersiapkan untuk kemungkinan terjadinya aspirasi. Risiko

terjadinya aspirasi dapat dikurangi dengan memodifikasi rencana anestesi, misalnya dengan penggunaan teknik induksi cepat atau dengan meminta bantuan asisten untuk memberikan tekanan pada kartilago cricoid selama induksi.

- 6) Apakah pasien memiliki risiko kekurangan darah lebih dari 500ml (7 ml/kg pada anak)?

Kehilangan darah merupakan salah satu bahaya yang paling umum terjadi yang dapat mengakibatkan syok hipovolemik. Syok hipovolemik ini terjadi ketika tubuh pasien mengalami kehilangan darah lebih dari 500ml (7 ml/kg pada anak-anak). Pasien yang memiliki risiko kehilangan darah lebih dari 500ml harus dipersiapkan darah sehari sebelum dilakukan operasi, supaya dapat dilakukannya transfusi jika memungkinkan. Dokter anaestesi juga akan mempersiapkan infus 2 jalur atau kateter vena sentral untuk melakukan resusitasi.

b. Sebelum Insisi Kulit (*Time Out*)

- 1) Konfirmasi identitas tim bedah

Melakukan konfirmasi tim bedah dengan cara memperkenalkan diri beserta peran atau tugas masing-masing.

- 2) Dokter bedah, dokter anestesi dan perawat secara lisan melakukan konfirmasi terkait dengan nama pasien, prosedur dan lokasi insisi akan dibuat. Langkah ini adalah standart "*Time Out*" untuk

menghindari operasi pada pasien yang salah atau lokasi operasi yang salah.

- 3) Mengantisipasi kejadian kritis
- 4) Review dokter bedah: bagaimana penanggulangan fase kritis atau kejadian tak tertugas, waktu operasi yang lama dan mengantisipasi hilangnya darah?

Melakukan diskusi langkah-langkah kritis untuk meminimalkan risiko pembedahan yang nantinya dapat terjadi dan juga menyampaikannya kepada semua tim. Pasien dan keluarga juga diberikan penjelasan mengenai risiko operasi dan adanya perubahan tindakan yang dapat terjadi saat operasi sebelum tindakan dimulai.

- 5) Review tim anestesi: apakah ada kekhawatiran khusus pada pasien? Tim anestesi harus memperhatikan penyakit penyerta atau riwayat penyakit pasien, rencana tindakan untuk resusitasi, penggunaan darah pada pasien yang berisiko kehilangan darah dan ketidakstabilan hemodinamik atau lainnya.
- 6) Review tim keperawatan: apakah sterilitas alat (termasuk indikator hasil) telah dikonfirmasi? Apakah ada masalah pada peralatan atau apapun?

Perawat melakukan konfirmasi kepada dokter bedah mengenai alat-alat yang diperlukan sehingga perawat memastikan instrumen

dikamar operasi telah steril dan lengkap sesuai dengan yang diperlukan.

- 7) Apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan dalam 60 menit terakhir?

Dokter anestesi adalah seorang yang memiliki tanggung jawab pada pemberian antibiotik profilaksi. Jika pemberian antibiotik profilaksis lebih dari 60 menit sebelum tindakan maka tim bedah harus mempertimbangkan untuk memberikan antibiotik ulang pada pasien.

c. Sebelum Mengeluarkan Pasien dari Ruang Operasi (*Sign Out*)

- 1) *Procedure recorded*

Koordinator checklist melakukan konfirmasi kepada dokter bedah dan tim mengenai prosedur yang sudah dilakukan.

- 2) Penghitungan instrumen, kasa dan jarum

Secara lisan, perawat memberitahukan kelengkapan instrumen kepada tim, jika jumlah tidak tepat maka, anggota tim memeriksa di lipatan kain operasi, tempat sekitarnya dan bila perlu sampai tempat sampah.

- 3) Jika terdapat spesimen harus diberikan pelabelan

Spesimen yang diambil saat operasi digunakan untuk diagnostik patalogi, dimana harus dilakukan pelabelan supaya tidak tertukar dengan yang lainnya dan jelas. Perawat sirkuler dan dokter bedah membuat label pada spesimen yang diperoleh selama prosedur

operasi dengan cara membuat pengantar patologi dan menggambarkan bentuk dari ciri spesimen.

- 4) Apakah ada masalah dengan peralatan selama operasi?
- 5) Dokter bedah, dokter anestesi dan perawat melakukan *review* masalah utama yang harus diperhatikan untuk penanganan selanjutnya yaitu pada fase perawatan dan penyembuhan setelah operasi

Sebelum pasien dikeluarkan dari ruang operasi anggota tim akan melakukan pemeriksaan keselamatan pasien. Setelah pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang rawat inap, maka anggota tim bedah memberikan transfer informasi terkait pasien kepada perawat yang bertanggung jawab diruang pemulihan. Tujuan utama dari transfer informasi ini adalah melakukan efisiensi dan ketepatan pemberian informasi penting untuk seluruh tim.

4. Rumah Sakit Islam Banjarnegara

a. Profil Rumah Sakit Islam Banjarnegara

Rumah Sakit Islam Banjarnegara merupakan salah satu rumah sakit swasta yang ada di Kabupaten Banjarnegara. Saat ini Rumah Sakit Islam Banjarnegara memiliki klasifikasi kelas Tipe D dengan jumlah tempat tidur sebanyak 199 tempat tidur. Pengelolaan Rumah Sakit Islam Banjarnegara dilakukan oleh Yayasan Rumah Sakit Islam Banjarnegara dengan Direktur dr. Agus Ujianto Spb Med.Msi. Rumah

Sakit Islam Banjarnegara beralamat di Desa Bawang, Kecamatan Bawang, Kabupaten Banjarnegara.

b. Visi Rumah Sakit Islam Banjarnegara

Menjadi Rumah Sakit Umum Tipe C yang terkemuka di Banjarnegara dan sekitarnya pada tahun 2025 yang memberikan Pelayanan Prima.

c. Misi Rumah Sakit Islam Banjarnegara

Berikut ini misi Rumah Sakit Islam Banjarnegara:

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang terstandarisasi.
- 2) Mengembangkan pelayanan unggulan Urologi dan Ponpek.
- 3) Mengembangkan manajemen yang efektif dan dinamis.
- 4) Meningkatkan kesejahteraan karyawan secara optimal.
- 5) Melaksanakan promosi dan pemasaran secara masif.

d. Motto Rumah Sakit Islam Banjarnegara

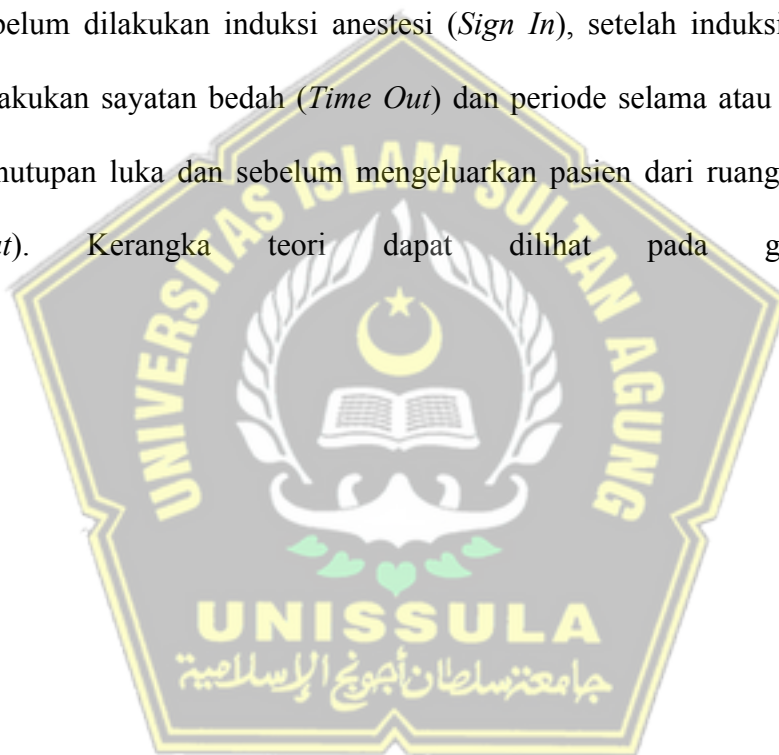
Rumah Sakit Islam Banjarnegara memiliki motto “BRAYAN WARAS, BRAYAN MULYA, RAHMATAN LILL ALAMIN”.

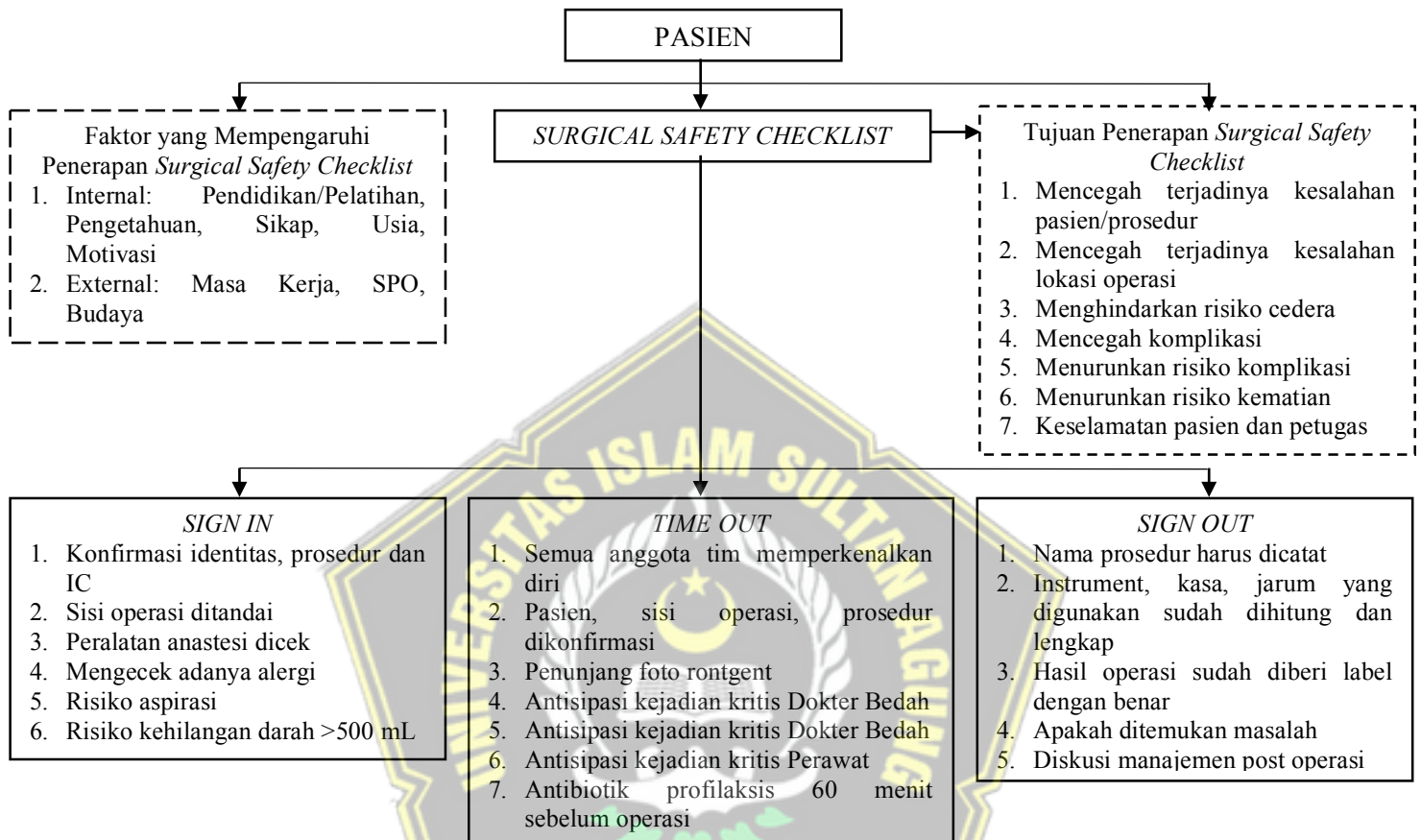
B. Kerangka Teori

Keselamatan pasien atau *patient safety* adalah sebuah sistem di rumah sakit yang bertujuan untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Sistem tersebut meliputi pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pada pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan juga mencegah terjadinya cedera. Penerapan *pasien*

safety dalam tindakan pembedahan bertujuan untuk mencegah komplikasi dan kematian pada pasien, sehingga WHO membuat *Surgical Safety Checklist* (SSC) yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien pada tindakan pembedahan serta menurunkan komplikasi dan kematian karena tindakan pembedahan.

Surgical safety checklist sendiri terdapat tiga tahapan, didalamnya meliputi sebelum dilakukan induksi anestesi (*Sign In*), setelah induksi dan sebelum dilakukan sayatan bedah (*Time Out*) dan periode selama atau segera setelah penutupan luka dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*Sign Out*). Kerangka teori dapat dilihat pada gambar 2.1.





Keterangan:

□ diteliti

□ tidak diteliti

Gambar 2. 1 Kerangka Teori

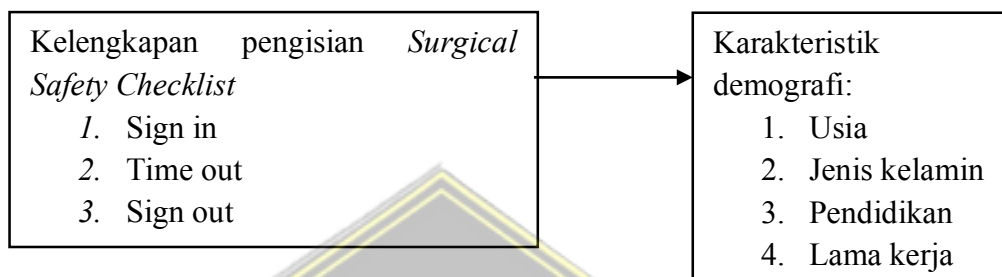
Prosedur pembedahan dalam penerapan
Surgical Safety Checklist (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini variabelnya merupakan kelengkapan pengisian *surgical safety checklist* pada pasien yang terdiri dari fase *sign in*, *time out*, dan *sign out* di semua jenis pembedahan.

C. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif dimana penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan yang hasilnya akan ditampilkan dalam bentuk angka atau nominal. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek,

cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada satu waktu (Kosanke, 2019).

D. Populasi dan Sampel Penelitian

a) Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010). Populasi dari penelitian ini adalah sumber daya manusia yang bekerja di IBS Rumah sakit Islam banjarnegara yang terdiri dari 30 perawat, 2 dokter anestesi, 5 penata, 10 dokter operator, dan 2 pekarya kesehatan.

b) Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2010). Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel atau sumber data dengan pertimbangan tertentu artinya informan tersebut memiliki kuasa tertentu terhadap sumber data yang dituju atau bisa dianggap sebagai seseorang yang paling banyak memiliki informasi terhadap sumber data (Sugiyono, 2010). Sampel pada penelitian ini adalah 30 perawat di IBS Rumah Sakit Islam Banjarnegara.

Berikut kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini:

1) Kriteria Inklusi

Seluruh perawat bedah yang bekerja di Rumah Sakit Islam Banjarnegara.

2) Kriteria Eksklusi

Perawat yang cuti kerja atau tidak masuk kerja di Rumah Sakit Islam Banjarnegara sampai penelitian ini berakhir dan tidak mengikuti pengambilan data yang dilakukan oleh peneliti.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

a. Tempat

Penelitian ini akan dilaksanakan di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Islam Banjarnegara.

b. Waktu

Penelitian akan dilaksanakan pada tanggal 28 Agustus 2023 sampai dengan 27 September 2023.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel adalah batasan dan cara pengukuran variabel yang akan diteliti. Definisi operasional (DO) variabel disusun dalam bentuk matrik, yang berisi: nama variabel, deskripsi variabel (DO), alat ukur, hasil ukur dan skala ukur yang digunakan (nominal, ordinal, interval dan rasio). Definisi operasional dibuat untuk memudahkan dan menjaga konsistensi pengumpulan data, menghindarkan perbedaan interpretasi serta membatasi ruang lingkup variabel (Ulfa, 2021). Definisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skoring	Skala
1.	Pengisian <i>Surgical Safety Checklist</i>	Standar keamanan yang dilakukan oleh tim bedah kamar operasi yang meliputi: 1. <i>Sign in</i> (sebelum pasien dilakukan induksi) 2. <i>Time Out</i> (sebelum melakukan insisi) 3. <i>Sign Out</i>	<ol style="list-style-type: none"> Informasi identitas pasien (nama, prosedur, sisi/lokasi, dan informed consent) Pengecekan penandaan area pembedahan Memastikan kesiapan mesin, pulse oksimetri dan obat-obatan Informasi riwayat alergi pasien Informasi kesulitan bernafas atau risiko aspirasi pasien Informasi risiko kehilangan darah >500 ml (7ml/kgBB pada anak) Persiapan akses IV dan cairan, serta ketersediaan produk darah Konfirmasi tim bedah memperkenalkan diri dan perannya Konfirmasi nama pasien, jenis tindakan, dan area pembedahan Pemberian antibiotik profalaksis 60 menit sebelum operasi Konfirmasi antisipasi kejadian kritis pada pasien di luar prosedur operasi Identifikasi lama/durasi operasi Antisipasi kehilangan darah Antisipasi kejadian kritis di luar prosedur anastesi Sterilisasi Identifikasi alat dan sudah disterilisasi Konfirmasi perhatian pada peralatan khusus Konfirmasi kebutuhan instrument radiologi Pembacaan jenis tindakan pembedahan 	Lembar Checklist	0 = Tidak dilakukan 1 = dilakukan Sign In <ol style="list-style-type: none"> Kurang bila nilai <2 Cukup bila nilai 3-5 Baik bila nilai >6 Time Out <ol style="list-style-type: none"> Kurang bila nilai <3 Cukup bila nilai 4-7 Baik bila nilai >8 Sign Out <ol style="list-style-type: none"> Kurang bila nilai 1 Cukup bila nilai 2-3 Baik bila nilai >4 Hasil ukur kelengkapan pengisian <i>Surgical Safety Checklist</i> 0-22, dimana: <ol style="list-style-type: none"> Kurang bila nilai <8 Cukup bila nilai 9-15 Baik >16 	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skoring	Skala
		(sebelum pasien meninggalkan kamar operasi)	2. Konfirmasi kecocokan jumlah instrument 3. Konfirmasi pemberian label pada specimen dengan benar 4. Konfirmasi masalah pada alat-alat pembedahan 5. Tim bedah memberikan perhatian saat masa pemulihan			
2.	Usia	Lama hidup manusia dari lahir sampai pada saat penelitian		Lembar Checklist	1. 26-35 tahun (dewasa awal) 2. 36-45 tahun (dewasa akhir) 3. >45 tahun (lansia)	Ordinal
3.	Jenis Kelamin	Karakteristik yang dilihat dari penampilan luar		Lembar checklist	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
4.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang diselesaikan berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki		Lembar checklist	1. DIII 2. S1 3. S2	Ordinal
5.	Lama kerja	Kurun waktu lamanya tenaga kerja bekerja di RS Islam Banjarnegara		Lembar checklist	1. 1-5 tahun (baru) 2. 6-10 tahun (sedang) 3. >10 tahun (lama)	Ordinal

G. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlakukan dalam suatu penelitian (Setiadi, 2013). Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data berupa observasi dan survei. Subjek dalam penelitian ini adalah perawat bedah di Rumah Sakit Islam Banjarnegara yang berjumlah 30 orang, dimana pengisian lembar *Surgical Safety Checklist* ini biasanya dikoordinator oleh seorang perawat.

Pengumpulan data dengan observasi yang dilakukan berupa pengisian lembar observasi checklist yang merupakan suatu daftar untuk memberi nilai pada setiap tindakan (nilai 1 jika dilakukan, 0 jika tidak dilakukan) yang berisi inisial subjek serta identitas lain yang dilakukan pengamatan pada subjek sasaran. Hasil ukur kelengkapan pengisian *Surgical Safety Checklist* 0-22, dimana lengkap bila nilai = 22, tidak lengkap bila nilai < 22.

Peneliti sendiri pengambilan data untuk menjaga objektivitas pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* dengan cara mengikuti proses pembedahan mulai dari awal pasien masuk kemudian dilakukan *Sign In* (sebelum induksi) sampai *Sign Out* (sebelum meninggalkan kamar operasi) dan memberikan penilaian pada setiap tindakan yang dikonfirmasi oleh perawat bedah.

Dalam melakukan observasi pada lembar *Surgical Safety Checklist* peneliti akan melihat langsung jawaban dari responden, melihat secara langsung meliputi beberapa *checklist* antara lain sebagai berikut:

- a. *Sign In* (konfirmasi identitas pasien, konfirmasi area operasi, konfirmasi apakah pulse oksimetri dapat berfungsi, konfirmasi apakah pasien memiliki riwayat alergi, konfirmasi risiko aspirasi pasien, konfirmasi risiko kehilangan darah).
- b. *Time Out* (konfirmasi nama dan peran anggota, konfirmasi secara lisan identitas pasien dan prosedur pembedahan, apakah antibiotik profilaksi sudah diberikan 60 menit terakhir, antisipasi peristiwa kritis).
- c. *Sign Out* (review pembedahan, melakukan penghitungan instrumen, spon, dan jumlah jarum, pelabelan spesimen, apakah ada masalah dengan peralatan, tim bedah meninjau rencana pemulihan dan perawatan pasien).

Adapun prosedur atau tahapan dalam pengumpulan data sebagai berikut:

- 1) Peneliti akan mengajukan ijin penelitian kepada pembimbing dan kepala Prodi Keperawatan Unissula Semarang.
- 2) Peneliti akan menyerahkan surat ijin penelitian ke tempat penelitian.
- 3) Peneliti akan mengumpulkan data mulai bulan Agustus 2023.
- 4) Peneliti akan menetapkan sampel yaitu perawat bedah di Rumah Sakit Islam Banjarnegara dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan.
- 5) Peneliti akan memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan peneliti dan memberikan *informed consent*.
- 6) Setelah responden setuju kemudian akan dilakukan penelitian dengan cara observasi langsung di IBS Rumah Sakit Islam Banjarnegara.

H. Metode Pengolahan Data

Dalam penelitian ini data yang telah diperoleh melalui observasi dengan pengisian lembar observasi checklist pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* yang terdapat di Rumah Sakit Islam Banjarnegara berdasarkan panduan WHO yang akan diolah secara kuantitatif dan selanjutnya dilakukan *scoring*.

Pada pengolahan data ini peneliti member skor (*scoring*) terhadap item-item yang perlu diberi skor. Misalnya tes, angket bentuk pilihan ganda, *rating scale*, dan sebagainya (Setiadi, 2013). Pada checklist pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* setiap tindakan yang dilakukan diberi skor 1, sedangkan untuk tindakan yang tidak dilakukan diberi skor 0. Setelah data observasi didapatkan, diberi skor, dan dikumpulkan, penilaian dilakukan secara sub variabel masing-masing (*Sign In, Time Out, Sign Out*).

I. Metode Analisis Data

Analisa data adalah mencari makna data hasil penelitian dan melakukan inferensi atau generalisasi dari data yang diperoleh dari hasil penelitian untuk memperoleh gambaran dari hasil penelitian, membuktikan hipotesis, dan memperoleh kesimpulan secara umum dari penelitian sebagai kontribusi dari pengembangan ilmu yang bersangkutan (Soekidjo, 2010).

Data pada penelitian ini dianalisis menggunakan bantuan *software SPSS (Statistical Product and Service Solutions)*. Dalam analisis data dilakukan dengan analisa univariat. Analisa univariat adalah analisa yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel

penelitian. Analisis ini hanya menghasilkan frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Soekidjo, 2010). Rumus umum analisis univariat:

$$P = \frac{\sum f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = persentase

f = frekuensi tiap kategori

n = jumlah sampel

J. Etika Penelitian

Etika penelitian dalam menjalankan tugas peneliti hendaknya memegang teguh sikap ilmiah serta berpegang teguh pada etika penelitian, meskipun mungkin penelitian yang dilakukan tidak akan merugikan atau membahayakan bagi subyek penelitian (Notoatmodjo, 2010). Penelitian yang akan dilakukan harus mengikuti aturan etik penelitian yaitu mengikuti prinsip dasar penelitian. Bentuk etika penelitian dalam rancangan penelitian ini adalah:

1) Lembar persetujuan (*informed consent*)

Tujuan lembar persetujuan adalah agar responden mengetahui maksud, tujuan dan dampak yang mungkin terjadi selama dilakukan penelitian. Jika subjek penelitian bersedia menjadi responden, maka subjek harus bersedia menandatangani lembar persetujuan dan akan diteliti dengan tetap menghormati hak-haknya sebagai subjek penelitian.

2) Tanpa nama (*anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, maka peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, cukup tanda tangan pada lembar persetujuan sebagai responden. Untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti akan menggunakan kode pada masing-masing lembar persetujuan.

3) Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subjek akan dijamin kerahasiaannya. Hanya data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil riset.

4) Asas kemanfaatan (*beneficence*)

Peneliti harus secara jelas mengetahui manfaat dan risiko yang mungkin terjadi. Penelitian akan dilakukan apabila manfaat yang diperoleh lebih besar daripada risiko atau dampak negatif yang akan terjadi. Peneliti akan melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian agar dapat bermanfaat semaksimal mungkin.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Islam Banjarnegara pada 30 perawat bedah. Gambaran karakteristik dan demografi responden dijelaskan di bawah ini.

Tabel 4. 1 Karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja

Variabel	f	%
Usia		
1. Dewasa awal (25-35 tahun)	16	53,3
2. Dewasa akhir (36-45 tahun)	13	43,3
3. Lansia awal (>45 tahun)	1	3,3
Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	19	63,3
2. Perempuan	11	36,7
Pendidikan Terakhir		
1. DIII	14	46,7
2. S1	16	53,3
3. S2	0	0
Lama Kerja		
1. Baru (1-5 tahun)	9	30
2. Sedang (6-10 tahun)	16	53,3
3. Lama (>10 tahun)	5	16,7
Total	30	100

Hasil penelitian pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia dewasa awal (25-35 tahun) sebanyak 16 responden (53,3%) dan hanya 1 responden (3,3%) yang berusia lansia awal (>45 tahun). Responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki yaitu 19 responden (63,3%). Sebagian besar responden berpendidikan S1 sebanyak 16 responden (53,3%) dan tidak ada responden yang berpendidikan S2. Berdasarkan lama kerja didapatkan sebagian besar responden sudah bekerja dalam kurun waktu sedang sebanyak 16 responden (53,3%).

Tabel 4. 2 Gambaran kelengkapan pengisian *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Islam Banjarnegara

Variabel	f	%
Sign In		
1. Kurang (<2)	2	6,7
2. Cukup (3-5)	19	63,3
3. Baik (>5)	9	30
Time Out		
1. Kurang (<3)	3	10
2. Cukup (4-7)	22	73,3
3. Baik (>8)	5	16,7
Sign Out		
1. Kurang (1)	2	6,7
2. Cukup (2-3)	24	80
3. Baik (>4)	4	13,3
Total	30	100

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa pada fase *sign in* sebagian besar responden masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 3-5 poin sebanyak 19 responden (63,3%). Fase *time out* responden paling banyak masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 4-7 poin sebanyak 22 responden (73,3%). Pada fase *sign out* responden juga sebagian besar masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 2-3 poin sebanyak 24 responden (80%).

BAB V

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Karakteristik Perawat Bedah di Rumah Sakit Islam Banjarnegara

a. Usia

Hasil penelitian pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia dewasa awal (25-35 tahun) sebanyak 16 responden (53,3%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sari (2022) bahwa sebagian besar sebanyak 16 responden (53,3%) berumur antara 26-30 tahun. Penelitian yang dilakukan Novia et al., (2022) menjelaskan bahwa sebagian besar perawat berusia 25 - 40 tahun, karena usia tersebut merupakan usia produktif untuk menjadi seorang perawat yang mana dengan usia tersebut memungkinkan perawat untuk melakukan pekerjaannya secara maksimal dan dianggap kompeten untuk bekerja di ruang operasi.

Usia sangat berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang, semakin bertambahnya usia maka semakin bertambah pula tingkat kematangan jiwanya, kebijaksanaan dalam mengambil suatu keputusan juga semakin bertambah. Usia seseorang secara garis besar menjadi indikator dalam setiap pengambilan keputusan dan mengacu pada setiap pengalaman. Semakin tua usia seseorang maka dalam penerimaan sebuah instruksi dan dalam melaksanakan

suatu prosedur akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman (Sudarko, 2022).

Penelitian yang dilakukan oleh Anugrahini et al., (2010) yang menunjukkan adanya hubungan antara usia dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta. Sebagian besar perawat di RSAB Harapan Kita Jakarta berusia produktif. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fatimah et al., (2018) bahwa karakteristik responden berdasarkan usia didominasi oleh usia 26-35 tahun sejumlah 57,8%. Penelitian yang dilakukan Fatimah (2016) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II juga didapatkan karakteristik responden perawat terbanyak berumur 25-35 tahun sebesar 56,2%.

Menurut peneliti, banyaknya responden pada usia 25-35 tahun menunjukkan bahwa usia berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk bekerja dalam hal ini khususnya menjadi seorang perawat bedah, karena membutuhkan pola pemikiran dan pemahaman yang baik. Sesuai teori menurut Notoatmodjo (2012) menyebutkan bahwa semakin tinggi usia seseorang maka tingkat kematangan dalam berpikir dan bekerja akan lebih teratur sebelum melakukan suatu tindakan. Sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan Anugrahini (2010) bahwa semakin bertambah usia maka

akan terjadi kematangan jiwa psikologis, etos kerja yang dimiliki akan semakin kuat serta komitmen pada peningkatan mutu semakin baik.

b. Jenis Kelamin

Pada tabel 4.1 responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki yaitu 19 responden (63,3%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Darmapan et al., (2022) bahwa responden mayoritas berjenis kelamin laki-laki yaitu, sebanyak 77 responden (75,5%), dan responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 25 responden (24,5%). Penelitian yang dilakukan Saputra et al., (2022) juga menunjukkan bahwa distribusi karakteristik responden lebih dari separuhnya yaitu laki-laki sebanyak 17 orang dengan (60,7%).

Menurut peneliti, banyaknya responden berjenis kelamin laki-laki dikarenakan perawat yang berjenis kelamin laki-laki akan lebih kuat dan juga siap dibandingkan yang berjenis kelamin perempuan, ditambah lagi tuntutan di ruang operasi sangatlah besar, dimana seluruh tindakannya akan dikejar dengan waktu sehingga memerlukan kesiapan baik fisik maupun mental. Hal ini sejalan dengan penelitian Dyne et al., (2005) menyatakan bahwa jenis kelamin mempengaruhi komitmen seseorang dalam organisasi, karena pada umumnya wanita menghadapi tantangan

lebih besar dalam mencapai karirnya menyebabkan berkurangnya komitmennya bagi organisasi.

Jenis kelamin tidak mempengaruhi penerapan dilaksanakannya *Surgical Safety Checklist*. Dalam melakukan suatu tindakan seseorang berdasarkan pada pemahaman yang dimilikinya terhadap apa yang akan dilakukan. Hal ini sejalan dengan pebelitian Risanti et al., (2021) bahwa hasil penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan kepatuhan perawat dalam menerapkan *Surgical Safety Checklist*. Hasil penelitian ini juga diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Awliyawati (2015) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kepatuhan dalam menerapkan pedoman patient safety di Instalasi Rawat Inap RS Islam Faisal Makassar.

c. Pendidikan

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan S1 sebanyak 16 responden (53,3%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gong (2021) bahwa sebanyak (86,4%) responden berpendidikan S1. Penelitian Klase et al., (2016) juga menyebutkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan S1 sebanyak (53%). Hasil penelitian Pauldi (2021) mengatakan bahwa pendidikan perawat sarjana memiliki peluang sebesar 24,4 kali dapat meningkatkan

kepatuhan perawat dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* (SSC) dari pada pendidikan perawat diploma.

Menurut peneliti, pendidikan mempunyai pengaruh yang cukup besar terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Pendidikan yang tinggi dari seorang perawat diharapkan akan menghasilkan pelayanan yang optimal. Sejalan dengan penelitian Pratama (2017) menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang adalah pendidikan. Hal ini dapat terjadi karena setiap jenjang pendidikan memiliki perbedaan pengetahuan dan cara pandang. Penelitian Risanti et al., (2021) juga menyebutkan bahwa pendidikan akan berpengaruh terhadap perilaku kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman patient safety khususnya penerapan *Surgical Safety Checklist*. Didukung pula dengan hasil penelitian Firnanda (2022) bahwa pendidikan seseorang berkaitan dengan kepatuhan dalam pelaksanaan SSC di IBS.

Riyanto (2013) menyatakan bahwa hal yang dapat mempengaruhi pengetahuan salah satunya adalah pendidikan. Pendidikan adalah sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi semakin banyak kasus spesifik yang ditangani

sehingga semakin meningkatkan pengalaman (pemikiran dan tindakan).

d. Lama Kerja

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa berdasarkan lama kerja didapatkan sebagian besar responden sudah bekerja dalam kurun waktu sedang (6-10 tahun) sebanyak 16 responden (53,3%). Hasil ini sejalan dengan penelitian Pane et al., (2022) bahwa masa kerja paling banyak perawat bekerja selama 6-10 tahun sebanyak 36 orang (23,8%). Seperti yang disampaikan oleh Pratama (2017) bahwa masa kerja seseorang menunjukkan pengalaman kerjanya di institusi tertentu. Penelitian Yeni et al., (2020) (rachmasari dapfis) juga menjelaskan tanpa pengalaman seseorang akan mengalami kesulitan dalam berkembang. Melalui pengalaman seseorang memperoleh banyak hal-hal baru. Hal-hal baru yang didapati seseorang saat bekerja dapat menambah pengetahuannya dalam mengerjakan pekerjaan tersebut.

Menurut peneliti, perawat bedah yang telah lama bekerja mempunyai wawasan yang lebih luas dan mempunyai pengalaman yang lebih banyak dalam peranannya membentuk perilaku petugas kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Sudarko (2022) bahwa responden yang memiliki masa kerja di 6-10 tahun dan 11- 15 tahun akan lebih patuh dalam melaksanakan SOP persiapan pre anasthesi dan pembedahan di ruang perawatan. Hal ini berdasarkan

banyaknya pengalaman yang sudah dilalui oleh responden yang mengajarkan responden tentang pentingnya kepatuhan dalam melaksanakan SOP persiapan pre anestesi dan pembedahan di ruang perawatan yang akan membawa dampak yang besar bagi pasien maupun kelangsungan pekerjaan responden itu sendiri.

Lama bekerja seorang perawat bedah menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap asuhan yang aman selama proses pembedahan berlangsung. Hasil penelitian Putu (2020) tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi tenaga kesehatan dalam terlaksananya patient safety didapatkan hasil adanya hubungan antara lama bekerja dengan meningkatnya patient safety di kamar bedah RS Telogorejo, Semarang. Masa kerja lama (senior) akan mendapatkan pengalaman yang lebih banyak dari pada yang memiliki masa kerja yang pendek. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Damanik (2015) bahwa semakin lama seseorang bekerja semakin besar tanggung jawab dan kepedulian akan keselamatan pribadi dan pasien yang dirawat.

2. Kelengkapan pengisian *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Islam Banjarnegara

a. Fase *Sign In*

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa pada fase *sign in* sebagian besar responden masuk dalam kategori cukup yaitu

melakukan pengisian 3-5 poin sebanyak 19 responden (63,3%). Hal ini sejalan dengan penelitian Sriyana (2005) yang menyatakan bahwa pada fase *sign in* dilakukan sebanyak (87,2%). Penelitian lain mengatakan bahwa implementasi SSC pada proses *sign in* telah terlaksana optimal sesuai SOP, kecuali pelaksanaan pada jenis observasi alergi, pemeriksaan kesulitan bernafas (16,28%), dan pemeriksaan risiko kehilangan darah >500 ml sebanyak (6,98%) (Sudarko, 2022).

Menurut peneliti, fase *sign in* sangat penting dilakukan karena mencegah terjadinya salah pasien, salah lokasi operasi dan prosedur pembedahan yang dapat menimbulkan kerugian maupun cedera, cacat bahkan kematian pada pasien. Pada penelitian ini, sebagian besar perawat telah melakukan pengisian *sign in* dengan cukup baik, perawat melakukan pengisian sebanyak 3-5 point, point yang jarang dilakukan yaitu memastikan kesiapan mesin karena pada dasarnya mesin akan selalu di kalibrasi setiap pagi sebelum operasi dimulai, banyaknya operasi yang dilakukan sehingga kurangnya komunikasi efektif yang terjadi antar perawat dan banyaknya perawat yang sudah memasuki usia lanjut juga menyebabkan kurang lengkapnya pengisian *sign in*.

Ketidakpatuhan penerapan SSC seperti prosedur *sign in* secara verbal yang sering terlewat pada beberapa pasien. Seperti, mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan

darah, kesulitan jalan nafas, adanya reaksi alergi (Sari, 2022). Penelitian yang dilakukan Khofiyah (2019) mengatakan bahwa tim bedah mempunyai persepsi yang berbeda-beda mengenai penerapan *checklist sign in*, hasil wawancara dengan 5 tim bedah (50%) mengatakan pada saat pelaksanaan tindakan perioperatif, tim bedah belum sepenuhnya menerapkan *sign in* dengan baik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Han et al., (2019) bahwa kepatuhan tenaga kesehatan dalam mengisi *surgical safety checklist* pada fase *sign in* dilakukan sebanyak (69,5%). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo (2017) di RSKIA Sadewa Yogyakarta didapat sebagian besar tim operasi melaksanakan operasi elektif yaitu 36 kegiatan operasi (55,4%) patuh dalam menerapkan *surgical sign in*. Penelitian Sudarko (2022) mengatakan bahwa ada beberapa masalah yang ditemukan saat persiapan pasien pre operasi yang menyebabkan penerapan prosedur pre op pada pasien menjadi kurang maksimal.

b. Fase *Time Out*

Hasil penelitian pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa pada fase *time out* responden paling banyak masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 4-7 poin sebanyak 22 responden (73,3%). Penelitian lain menyebutkan bahwa implementasi SSC pada proses *time out* telah terlaksana dengan baik (100%), kecuali

jenis observasi pengecekan alat-alat khusus (98,8%), dan pelaksanaan foto rontgen/CT scan dan MRI (14%) (Sudarko, 2022). Penelitian yang dilakukan oleh Schwendimann et al., (2019) menyebutkan bahwa fase *time out* dilakukan dengan konsisten dan benar-benar diterapkan.

Menurut peneliti, fase *time out* penting dilakukan karena demi mencegah terjadinya *sentinel event* yang tidak diinginkan. Agar *time out* berjalan dengan baik maka seluruh anggota tim perawat bedah mengantisipasi dan menjamin prosedur dan lokasi pembedahan yang benar. Pada penelitian ini, sebagian besar perawat telah melakukan pengisian *time out* dengan cukup baik, perawat melakukan pengisian sebanyak 4-7 point, point yang jarang dilakukan yaitu identifikasi alat apakah sudah disterilisasi atau belum, hal ini karena semua instrument bedah yang akan digunakan sudah pasti disterilisasi terlebih dahulu sehingga perawat jarang mengonfirmasi hal tersebut, kemudian point konfirmasi kebutuhan instrument radiologi juga cukup jarang dilakukan karena tidak semua pasien memerlukan instrument radiologi namun apabila pasien memerlukan instrument radiologi maka sudah otomatis terpasang sebelum operasi dimulai untuk memastikan letak panyak pasien.

Fase *time out* tidak hanya dilakukan oleh perawat bedah saja melainkan dilakukan juga oleh dokter spesialis, dokter anestesi

dan penata anestesi (Papadakis et al., 2019). Penelitian yang dilakukan Risanti et al., (2021), fase yang sering mereka lewatkan yaitu *Time Out* dimana terdapat poin mengkonfirmasi apakah antibiotik profilaksis yang seharusnya diberikan 60 menit sebelum insisi sudah diberikan, sehingga akibatnya pada pasien adalah antibiotik baru diberikan di dalam kamar operasi dan jarak waktu antara pemberian antibiotik dengan insisi tidak ada 60 menit.

Pendokumentasian yang tidak lengkap atau salah dalam pengisiannya sering terjadi pada fase *time out* meliputi item konfirmasi pemberian profilaksis antibiotik ada 14 dokumen, estimasi lama operasi dan perkiraan kehilangan darah ada 4 dokumen (Selano et al., 2019). Penelitian yang dilakukan Hidayat (2020) menyebutkan bahwa pelaksanaan operasi di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. Sardjito selalu melakukan *Time out* sebelum melakukan insisi dan melakukan kroscek kembali dengan anggota tim operasi mengenai area yang akan dilakukan insisi operasi.

c. Fase *Sign Out*

Pada tabel 4.2 dapat diketahui pada fase *sign out* sebagian besar responden masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 2-3 poin sebanyak 24 responden (80%). Penelitian lain mengatakan bahwa implementasi SSC pada proses *sign out* semua telah dilaksanakan 100%, kecuali pada indikator konfirmasi label pada spesimen (81,4%). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan

penelitian Hermawan (2014) bahwa pada fase *sign out* dilakukan sebanyak (51%).

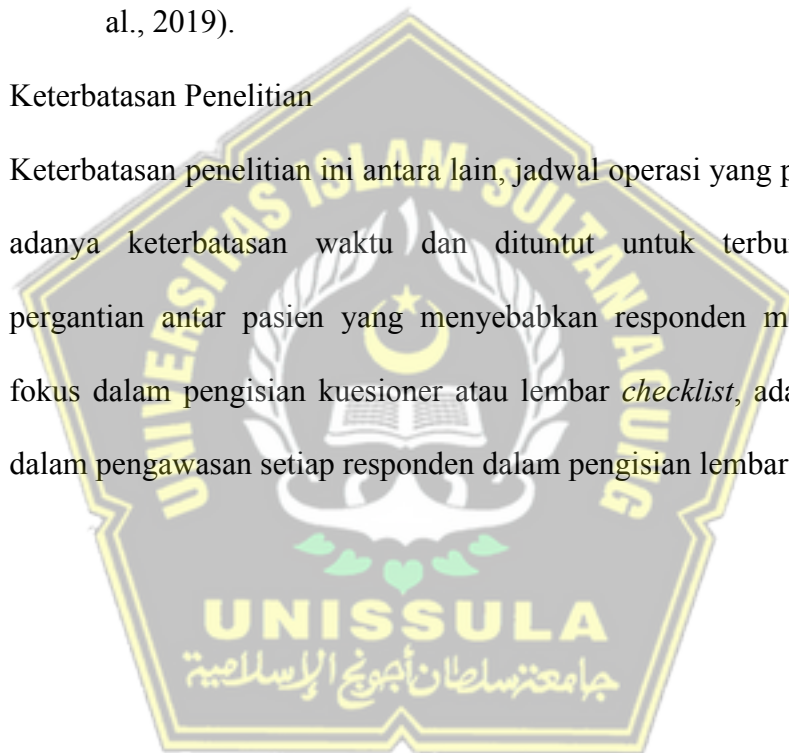
Menurut peneliti, fase *sign out* sangat penting dilakukan karena pada fase ini sangat memperhatikan mengenai perhitungan jumlah instrument yang digunakan seperti jarum dan kasa selama pembedahan berlangsung. Jika hal ini tidak diperhatikan maka akan beresiko kekeliruan seperti adanya instrument yang tertinggal di dalam tubuh pasien sehingga menyebabkan dilakukannya pembedahan ulang yang beresiko meyebabkan berbagai macam komplikasi bahkan kematian. Pada penelitian ini, sebagian besar perawat telah melakukan pengisian *sign in* dengan cukup baik, perawat melakukan pengisian sebanyak 2-3 point, point yang jarang dilakukan yaitu tim bedah memberikan perhatian saat masa pemulihan, hal ini dikarenakan pemantauan post operasi sudah pasti dilakukan oleh tim anestesi di Recovery Room sehingga pada saat *time out* cukup sering terlewat akibat belum terlaksana karena masih di dalam ruang operasi walaupun point tersebut selalu terlaksana sebelum pasien dipindahkan ke ruang rawat inap.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yuliati et al., (2019) menemukan dari 3 tahapan penerapan SSC (*sign in, time out dan sign out*), maka fase *sign out* adalah fase yang paling banyak tidak dilakukan oleh perawat pada tindakan operasi emergensi dan operasi elektif. Sementara itu penelitian lain

mengatakan bahwa ada beberapa faktor seperti pendidikan, pengetahuan dan motivasi yang mempengaruhi penerapan SSC terutama pada fase *sign out* oleh perawat (Apriana et al., 2013). Pendokumentasian yang tidak lengkap atau salah dalam pengisiannya sering terjadi pada fase *sign out* meliputi item konfirmasi ulang nama tindakan operasi ada 2 dokumen (Selano et al., 2019).

B. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini antara lain, jadwal operasi yang padat sehingga adanya keterbatasan waktu dan dituntut untuk terburu-buru pada pergantian antar pasien yang menyebabkan responden menjadi kurang fokus dalam pengisian kuesioner atau lembar *checklist*, adanya kesulitan dalam pengawasan setiap responden dalam pengisian lembar SSC.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas maka kesimpulan penelitian ini sebagai berikut :

1. Karakteristik responden menunjukkan sebagian besar responden berusia dewasa awal sebanyak 16 responden. Responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki yaitu 19 responden. Sebagian besar responden berpendidikan S1 sebanyak 16 responden. Berdasarkan lama kerja didapatkan sebagian besar responden sudah bekerja dalam kurun waktu sedang sebanyak 16 responden.
2. Pada fase *sign in* sebagian besar responden masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 3-5 poin sebanyak 19 responden. Fase *time out* responden paling banyak masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 4-7 poin sebanyak 22 responden. Pada fase *sign out* responden juga sebagian besar masuk dalam kategori cukup yaitu melakukan pengisian 2-3 poin sebanyak 24 responden.

B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Bagi perawat diharapkan untuk selalu meningkatkan kesadaran diri dan menumbuhkan kebiasaan dalam penerapan *patient safety*. Dengan

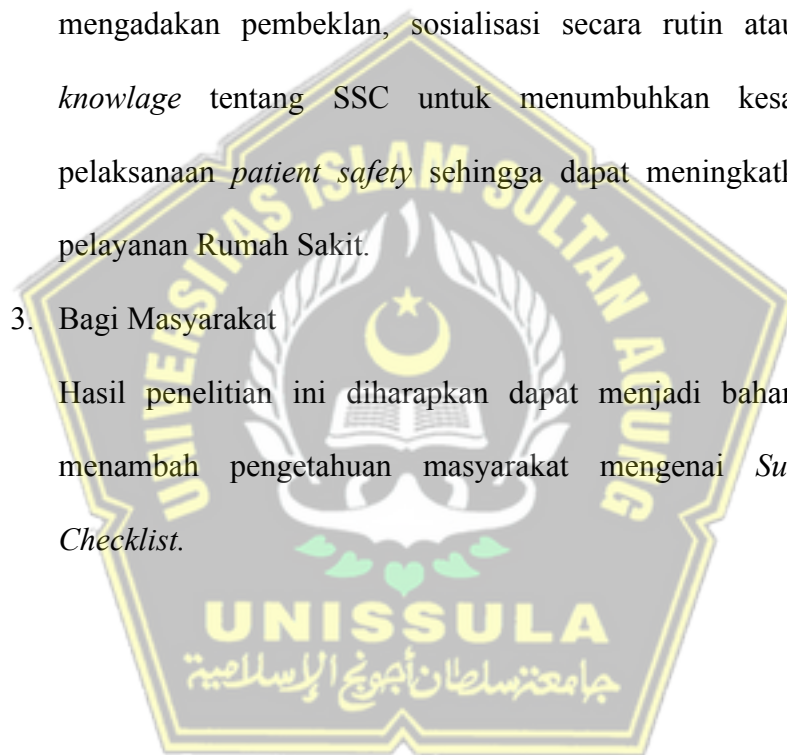
menyadari pentingnya pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien (*Patient safety*), kejadian tidak diinginkan (KTD) dan kejadian nyaris cedera (KNC) di ruang IBS.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit diharapkan untuk selalu melakukan proses supervisi, mengadakan pembekalan, sosialisasi secara rutin ataupun *upgrade knowledge* tentang SSC untuk menumbuhkan kesadaran dalam pelaksanaan *patient safety* sehingga dapat meningkatkan mutu dan pelayanan Rumah Sakit.

3. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan bacaan dan menambah pengetahuan masyarakat mengenai *Surgical Safety Checklist*.



DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, P., & Cholifah. (2021). *Buku Ajar: Konsep Dasar Persalinan*. Sidoarjo: UMSIDA PRESS.
- Anggriani, G. (2022). Hubungan Riwayat Kuretase dan Operasi Sectio Caesarea dengan Kejadian Plasenta Revia di RSUD Kota Prabumulih. *SMART ANKES*, 6(2), 26–29.
- Anugrahini, C. (2010). Hubungan Faktor Individu dan Organisasi dengan Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman patient safety di RSAB Harapan Kita Jakarta. *Penelitian Tidak Dipublikasikan*, 12–13.
- Awliyawati, fakhira dwi. (2015). Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Kepatuhan Dalam Menerapkan Pedoman Patient Safety di Instalasi Rawat Inap RSI Faisal Makassar. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 3(1), 1–10.
- Darmapan, S. A., Nuryanto, K. N., & Yusniawati, Y. N. P. Y. (2022). Kepatuhan Penata Anestesi Dalam Penerapan Dokumentasi Menggunakan Surgical Safety Checklist Di Ruang Operasi. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 6(1), 61–66. <https://doi.org/10.37294/jrkn.v6i1.335>
- Eda, M. K., Siswanti, E. P. S., & Widad, S. (2017). Indications and Complications of Obstetrical Hysterectomy: Sardjito Hospital Experience. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 4(3), 154–158.
- Fatimah, F. S. (2016). Gambaran Penerapan Prinsip Benar Pemberian Obat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 4(2), 79. [https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4\(2\).79-83](https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4(2).79-83)
- Fatimah, F. S., Sulistiarini, L., & . F. (2018). Gambaran Pelaksanaan Identifikasi Pasien Sebelum Melakukan Tindakan Keperawatan di RSUD Wates. *Indonesian Journal of Hospital Administration*, 1(1), 21. <https://doi.org/10.21927/ijhaa.v1i1.754>
- Firnanda, M. S. B. (2022). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan tom Operasi Dalam Pelaksanaan Surgical Safety Checklist Di Instalasi Bedah Sentral : Literature Review. *Naskah Publikasi*.
- Gong,J (2021). Daftar periksa keselamatan bedah: studi kuantitatif tentang sikap dan hambatan di antara tim bedah ginekologi. 1-9
- Han, E. S., & Goleman, Daniel; Boyatzis, Richard; Mckee, A. (2019). Analisis Kepatuhan Pengisian Surgical Safety Checklist Dalam Meningkatkan Patient Safety Di Rumah Sakit Nur Rohmah Gunungkidul. *Journal Of Chemical Information And Modeling*, 53(9), 1689– 1699. Ikatan Penata Anestesi Indonesia. (2018). Kurikulum Jabatan Fungsional Penata Anestesi. <http://www.ikatanpenataanestesii>
- Indonesia.org/index.php/public/overview/statistic-result/51/5103
- Jagentar Parlindungan Pane, Ernita Rante Rupang, & Charista Kristiani Harefa. (2022). Gambaran Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Patient Safety di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2022. . *Elisabeth Health Journal : Jurnal Kesehatan*, Vol. 7 No.(2), 115–120.

- Joint Commission International. (2017). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 6th Edition. USA: JCI.
- Klase, S., Pinzon, R. T., & Meliala, A. (2016). Penerapan Surgical Safety Checklist Who Di Rsud Jaraga Sasameh Kabupaten Barito Selatan. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 1(3), 173. <https://doi.org/10.21460/bikdw.v1i3.25>
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*. Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Kurniawan, F., Jingsung, J., Anam, A., & Siagian, H. J. (2020). The Risk Factor of Pregnant Gymnam on The Incidence of Ruptur Perineum in Aliyah Hospital Kendari. *Jurnal Kebidanan*, 10(2), 138–142.
- Mafra, C. R., & Rodrigues, M. C. S. (2018). Surgical safety checklist: An integrative review of the benefits and importance. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(1), 268–275.
- Nepogodiev, D., Martin, J., Biccard, B., Makupe, A., Bhangu, A., Ademuyiwa, A., Adisa, A. O., Aguilera, M.-L., Chakrabortee, S., & Fitzgerald, J. E. (2019). Global Burden of Postoperative Death. *The Lancet*, 393(10170), 401.
- Notoatmodjo. (2012). Metode Penelitian Obyek Penelitian Kererawatan, 84(3), 487-492.
- Novia Purwanti, Candra Saputra, Stephani Dwi Guna, Bayu Azhar, Eka Malfasari, P. I. P. (2022). Faktor Penerapan Surgical Safety Checklist di Kamar Operasi. *Jurnal Keperawatan*. 14, 291–300.
- Novitasari, I. (2015). Studi Deskriptif Gaya Komunikasi Mertua Perempuan Dengan Menantu Perempuan Yang Tinggal Dalam Satu Rumah Di Kelurahan Tanjung. *PSYCHO IDEA*, 13(1), 27–33.
- Nurhayati, S., & Suwandi, S. (2019). Kepatuhan Perawat Dalam Implementasi Surgical Safety Checklist Terhadap Insiden Keselamatan Pasien Ponek di Rumah Sakit Semarang. *Jurnal Smart Keperawatan*, 6(1), 59.
- Olsen, J. M., Staender, S., Whitaker, D. K., & Smith, A. F. (2010). The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology EJA*, 27(7), 592–597.
- Pauldi, H. (2021). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penerapan Surgical Safety Checklist Kamar Operasi RS di Rengat Kabupaten Indragiri Hulu. *Industry and Higher Education*, 3(1), 1689–1699. <http://journal.unilak.ac.id/index.php/JIEB/article/view/3845%0Ahttp://dspac.e.uc.ac.id/handle/123456789/1288>
- Permenkes RI. (2017). *Keselamatan Pasien*. Jakarta.
- Pratama Adhi Pratama, 2017, Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Penerapan Patient Safety Dengan Persepsi Penerapan Patient Safety Oleh Perawat Di RSUD Dr. Soediran Mangoen Soemarmo Wonogiri. Program Studi Keperawatan Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Putrono, W. (2016). *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal & Bayi Baru Lahir Fisiologis dan Patologis*. Yogyakarta: CV. Andi.
- Putu, N. L. (2020). *Analisis Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Perawat*

Dalam. June.

- Risanti, R. D., Purwanti, E., & Novyriyana, E. (2021). Faktor Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Surgical Safety Checklist di Instalasi Bedah Sentral. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 14(2), 80–91. [https://journals.ums.ac.id/index.php/BIK/article/view/14268%0Ahttp://files/990/Risanti et al. - 2021 - Faktor Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Surgical .pdf](https://journals.ums.ac.id/index.php/BIK/article/view/14268%0Ahttp://files/990/Risanti%20et%20al.%20-%202021%20-%20Faktor%20Kepatuhan%20Perawat%20Dalam%20Penerapan%20Surgical.pdf)
- Riyanto, A. (2013). Kapita selekta kuesioner pengetahuan dan sikap dalam penelitian kesehatan.
- Samsu Hidayat, T. K. S. (2020). Gambaran Pelaksanaan Penandaan Lokasi Operasi Pada Pasien Pre Operasi Di Instalasi Bedah Sentral Rsup Dr Sardjito Yogyakarta. 2013, 1–12. [http://digilib.unisayogya.ac.id/226/1/Publikasi Naskah.pdf](http://digilib.unisayogya.ac.id/226/1/Publikasi%20Naskah.pdf)
- Saputra, C., Purwanti, N., Guna, S. D., Azhar, B., Malfasari, E., & Pratiwi, P. I. (2022). Faktor Penerapan Surgical Safety Cheklist di Kamar Operasi. *Jurnal Keperawatan*, 14(1), 291–300. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v14i1.13>
- Sarasmartha, A. A. I. A. D., & Putri, I. (2020). Profil Kasus Penderita Prolapsus Uteri di Poliklinik Obstetri dan Ginekologi RSUP Sanglah Denpasar Periode April 2015-Maret 2016. *Jurnal Medika Udayana*, 9(4), 7-11.
- Sari, D. P. R. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan Patient Safety Dengan Kepatuhan Penerapan Ssc (Surgical Safety Checklist) Di Kamar Operasi Rs Permata Bunda Malang. *Jurnah Kesehatan Perawatan*.
- Sarwono, J. (2018). *Rumus-Rumus Populer Dalam SPSS 22 Untuk Riset Skripsi*. Yogyakarta: CV. Andi.
- Schwendimann, R., Blatter, C., Lüthy, M., Mohr, G., Girard, T., Batzer, S., Davis, E., & Hoffmann, H. (2019). Adherence to the WHO surgical safety checklist: An observational study in a Swiss academic center. *Patient Safety in Surgery*, 13(1), 4–9. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4>
- Selano, M. K., Kurniawan, Y. H., & Sambodo, P. (2019). Hubungan Lama Kerja Perawat Dengan Kepatuhan Pengisian Surgical Safety Checklist di Instalasi Bedah Sentral. *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, 2(1), 16. <https://doi.org/10.32584/jkkm.v2i1.267>
- Setiadi, N. (2013). *Konsep Dan Praktek Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sirait, B. I. (2021). *Bahan Kuliah Bagian Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia.
- Soekidjo, N. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sriyana, H., & Bakri, M. H. (2005). *Gambaran Pelaksanaan Patient Safety Oleh Perawat Instalasi Bedah Sentral Rsup Dr Sardjito Yogyakarta*.
- Sudarko, B. P. (2022). Pengaruh Pelaksanaan Surgical Safety Checklist Terhadap Sasaran Keselamatan Pasien Bedah. *Media Husada Journal Of Nursing Science*, 3(1), 45–63. <https://doi.org/10.33475/mhjns.v3i1.76>
- Sugiyono, D. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Sulistiyah, S., & Keswara, N. W. (2023). Faktor Penunjang Terjadinya Kista Ovarium di Klinik Daun Sendok Kabupaten Pasuruan. *Proceedings Series on Health & Medical Sciences*, 4, 31–36.
- Sumanto, M. A. (2014). *Teori Dan Aplikasi Metode Penelitian*. Yogyakarta: CAPS (Center of Academic Publishing Service).
- Tumaji, R., Rukmini, R., Oktarina, O., & Izza, N. (2020). Pengaruh Riwayat Kesehatan Reproduksi terhadap Kejadian Mioma Uteri pada Perempuan di Perkotaan Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(2), 89–98.
- Ulfa, R. (2021). Variabel Penelitian dalam Penelitian Pendidikan. *Al-Fathonah: Jurnal Pendidikan dan Keislaman*, 1(1), 342-351.
- Van Dyne, L., GRAHAM, J. W., & DIENESCH, R. M. (2005). Organizational Citizenship Behavior: Construct Redefinition, Measurement, and Validation. *Academy of Management Journal*, 37(4), 765–802. <https://doi.org/10.2307/256600>
- Weiser, T. G., & Haynes, A. B. (2018). Ten Years of the Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 105(8), 927–929.
- World Health Organization. (2009). *World Health Organization Patient Safety Programme*. Geneva: World Health Organization.
- Yeni Ernawati, Ike Prafita sari, E. diah K. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat Terhadap Penerapan Surgical Patient Safety Fase Time Out Di Instalasi Bedah Sentral Rsud Dr Moh Shaleh Kota Probolinggo. *Medica Majapahit*, 12(2), 100–110.
- Yuliati, E., Malini, H., & Muharni, S. (2019). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Surgical Safety Checklist Di Kamar Operasi Rumah Sakit Kota Batam. *Jurnal Endurance*, 4(3), 456. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i3.4501>