

SKRIPSI

HUBUNGAN PELAKSANAAN *SURGICAL SAFETY CHECKLIST* DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN *ADVERSE EVENT* DI KAMAR OPERASI RUMAH SAKIT PREMIER SURABAYA

PENELITIAN *DESKRIPTIF CORELATIONAL*

Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)
pada Program Studi Pendidikan Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh:

CATHARINA DIANI SISWANTO

NIM:131211123040

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2014

LEMBAR PERNYATAAN

Yang Bertanda Tangan dibawah ini saya :

Nama : Catharina Diani Siswanto

NIM : 131211123040

Jurusan : SI Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan atau dipublikasikan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya 15 Januari 2014

Yang Menyatakan

Catharina Diani Siswanto

NIM : 131211123040

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN PELAKSANAAN *SURGICAL SAFETY CHECKLIST*
TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN *ADVERSE EVENT* DI KAMAR
OPERASI RUMAH SAKIT PREMIER SURABAYA**

oleh :

CATHARINA DIANI SISWANTO
NIM : 131211123040

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 11 FEBUARI 2014

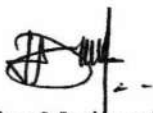
OLEH :

Pembimbing Ketua



Ira Suarilah, S.Kp. M.Sc
NIK : 1390040673

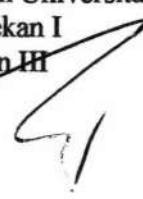
Pembimbing II



Herdina Mariyanti, S.Kep.Ns
NIK : 139101033

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Plh Wakil Dekan I
Wakil Dekan III



Yulis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., MNg
NIP: 197507092005012001

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI
SKRIPSI**

**HUBUNGAN PELAKSANAAN *SURGICAL SAFETY CHECKLIST*
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN *ADVERSE EVENT* DI KAMAR
OPERASI RUMAH SAKIT PREMIER SURABAYA**

Oleh:

Catharina Diani Siswanto

NIM : 131211123040

Telah Diuji

Pada Tanggal, 17 Februari 2014

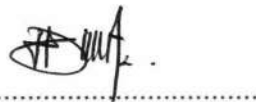
Ketua : Sriyono, M.Kep.Sp.Kep.MB
NIP. 197703162005012001



Anggota : 1. Ira Suarilah, S. Kep. Msc
NIK. 139040673



2. Herdina Mariyanti, S.Kp.Ns
NIK. 139101033



Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M. Kep
NIP. 19790424 200604 200

MOTTO

There is no success without a sacrifice

and

there is no success without hardness."

(Tidak ada sebuah kesuksesan tanpa pengorbanan

dan

tidak ada kesuksesan tanpa kesulitan)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur dan terima kasih yang banyak kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ Hubungan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* Dengan Perilaku Pencegahan *Adverse Event* di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya ”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp,M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp,M.Kep, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan
3. Ibu Yulis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., MNg, selaku Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan

4. Ibu Ira Suarilah, S.Kp. M.Sc, selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan kebijaksanaan, motivasi, pengarahan, dan masukan dalam penyusunan penelitian ini.
5. Ibu Herdina Mariyanti, S.Kep.Ns, selaku pembimbing II yang penuh dengan kesabaran telah memberikan bimbingan dan saran demi kesempurnaan penelitian ini.
6. Bapak Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku penguji proposal I yang telah memberikan bimbingan, masukan, dan saran sehingga dapat tersusunnya skripsi ini.
7. Ibu Ninuk Dian K., S.Kep.Ns, MANP, selaku penguji proposal II yang telah memberikan bimbingan, masukan , dan saran sehingga dapat tersusunnya skripsi ini.
8. Bapak Sriyono, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B. selaku penguji skripsi, yang telah memberikan dukungan, bimbingan, masukan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini.
9. Ibu Atika, SSi, MKes, yang telah berkenan memberi arahan dan panduan dalam statistik penelitian ini.
10. Seluruh staff dosen dan karyawan Program Studi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
11. Bapak Hartono Tanto, dr.,M.Kes, selaku Direktur Rumah Sakit Premier Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan memberi ijin untuk melakukan penelitian.

12. Ibu Janny Prihastuti, S.Kep.Ns.,MARS, selaku Pelaksana Harian PLH (Direktur Keperawatan) di Rumah Sakit Premier Surabaya yang memberikan ijin serta fasilitas kepada penulis dalam penelitian ini.
13. Ibu Sri Suparini, S.Kep.Ns, selaku kepala QMR department yang membantu dalam pengambilan data dalam penelitian ini.
14. Ibu Karliyah, Amd.Kep, selaku kepala ruang operating theatre RS. Premier Surabaya dan semua NUM tempat penelitian yang telah memberikan kesempatan, arahan, masukan, dan motivasi selama penelitian ini.
15. Suami tercinta Y.Rahmanto Sunu dan anakku Paramadiwa juga orangtuaku, serta semua keluarga yang telah memberikan segala pengorbanan, doa, dukungan dan semangat kepada peneliti.
16. Rekan rekan program B15 dan seluruh rekan kerja khususnya rekan rekan di kamar operasi Rumah Sakit Premier Surabaya yang telah bersedia menjadi responden penelitian dan selalu memberikan semangat dan motivasi serta dukungan selama proses penyusunan proposal ini.

Peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk perbaikan proposal penelitian ini. Semoga Tuhan Yang Esa membalas semua kebaikan yang telah diberikan secara tulus kepada peneliti.

Surabaya, 10 Februari 2014

Penulis

ABSTRACT**CORELATION OF SURGICAL SAFETY CHECKLIST OF BEHAVIOR
IN THE PREVENTION ADVERSE EVENT IN OPERATING THEATRE
PREMIER HOSPITAL SURABAYA****By : Catharina Diani Siswanto**

Introduction : Patient Safety has been positioned on the both nationale and globallycenter of attention of health care practitioners. World Health Organization (WHO) estimated that approximately half million death due to surgery that could have been prevented. Safe surgery saves lives program introduced and studied surgical safety checklist as an attempt to patient safety and to reduce the number of deaths worldwide. The main purpose of the surgical safety checklist is to reduce the unexpected incidence in the operating room. The purpose from this study to find corelation between the implementation of surgical patient safety checklist that affect for reduce adverse events risk in operating theatre Premier Hospital Surabaya. **Method:** This study was a descriptif corelational study. The subject of this study were all nurses in operating theatre Premier hospital Surabaya, and some surgeon and anesthetist in the period of February 2014 at the operating room Premier hospital Surabaya. Variable of this study was the prevention of behavioral adverse events: surgical safety cultur behavior by physicians, patient safety behavior by nurses and implementation of surgical safety checklist. Observations were carried out using a checklist instrument of surgical safety checklist implementation, questionnaire for patient safety behavior for doctors and nurses. The data were analyzed with exact sig and Fisher's exact test. **Result:** There result showed that p value 0.007, $p < 0,005$, it mean that there was relationship between the implementation of the Surgical Safety Checklist to behavioral adverse event prevention in the operating theatre Premier Hospital Surabaya. **Discussion:** implementation of surgical safety checklist is a patient safety behaviors that must be performed by surgeons, anesthetists and operating room nurses to ensure the safety of patients undergoing surgery, to minimize advese even.

Keyword : Surgical safety checklist implementation, preventive behavior advers events: behavior of nurses and surgical patient safety cultur surgeon.

ABSTRAK

HUBUNGAN PELAKSANAAN *SURGICAL SAFETY CHECKLIST*
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN *ADVERSE EVENT* DI KAMAR
OPERASI RUMAH SAKIT PREMIER SURABAYA

Oleh : Catharina Diani Siswanto

Latar belakang: *Patient Safety* juga merupakan salah satu dimensi mutu yang saat ini menjadi pusat perhatian para praktisi pelayanan kesehatan dalam skala nasional maupun global. *World Health Organization (WHO)* memperkirakan sedikitnya ada setengah juta kematian akibat pembedahan yang sebenarnya bisa dicegah. Program *safe surgery saves lives* memperkenalkan dan melakukan uji coba *surgical safety checklist* sebagai upaya untuk keselamatan pasien dan mengurangi jumlah angka kematian di seluruh dunia. Tujuan utama dari *surgical safety checklist* untuk menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di kamar operasi. Tujuan: Mengetahui seberapa besar pelaksanaan *surgical safety checklist* dan mencari hubungan antara pelaksanaan *surgical patient safety* dengan perilaku *adverse events* di kamar operasi Rumah Sakit Premier Surabaya. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelasional. Subjek penelitian ini adalah semua perawat di kamar operasi Rumah Sakit Premier Surabaya, beberapa dokter bedah dan anestesi pada periode Februari 2014 di kamar operasi rumah sakit Premier Surabaya. Variabel dari penelitian ini adalah pencegahan perilaku *adverse event*: *surgical safety cultur* oleh dokter, perilaku *patient safety* oleh perawat dan pelaksanaan *surgical safety checklist*. Observasi dilakukan dengan menggunakan instrumen *checklist surgical patient safety*, kuesioner *patient safety* untuk dokter dan perawat. Data dianalisis dengan *exact sig* dan *Fisher's exact tes*. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan *p value* 0,007, $p < 0,005$, artinya terdapat hubungan antara pelaksanaan *surgical safety checklist* dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi Rumah Sakit Premier Surabaya. **Diskusi:** pelaksanaan *surgical safety checklist* adalah perilaku *patient safety* yang harus dilakukan oleh dokter bedah, dokter anestesi dan perawat kamar operasi untuk menjamin keselamatan pasien yang menjalani operasi, dan meminimalkan terjadinya *adverse event*.

Keyword: pelaksanaan *surgical safety checklist*, perilaku pencegahan *adverse event*: perilaku *surgical safety cultur* oleh dokter, perilaku *patient safety* oleh perawat.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	i
Halaman Pernyataan	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstrac	ix
Abstrak.....	x
Daftar Isi	xi
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	7
1.4 Tujuan Penelitian	
1.4.1 Tujuan umum.....	7
1.4.2 Tujuan khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian	
1.5.1 Manfaat teoritis	8
1.5.2 Manfaat praktis	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 <i>Surgical Safety Patient</i>	9
2.2 <i>Surgical safety checklist</i>	12
2.3 Indikator <i>Pasient Safety</i>	15
2.4 <i>Adverse Event</i>	17
2.4.1 Pengertian <i>adverse event</i>	17
2.5 Konsep Perilaku	19
2.5.1 Definisi perilaku.....	19
2.5.2 Faktor pembentuk perilaku.....	19
2.5.3 Domain perilaku.....	21
2.5.4 Pengukuran perilaku.....	21
2.5.5 Perilaku kesehatan berdasarkan teori Lawrence Green... 27	
2.5.6 Perilaku <i>patient safety</i>	30
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual.....	33
3.2 Hipotesis Penelitian	35
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	36

4.2	Kerangka Kerja.....	36
4.3	Populasi, Sampel, dan Sampling	
4.3.1	Populasi	37
4.3.2	Sampel.....	37
4.3.3	Sampling.....	38
4.4	Identifikasi Variabel	
4.4.1	Variabel independen.....	38
4.4.2	Variabel dependen.....	38
4.5	Definisi Operasional	39
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data	
4.6.1	Instrumen penelitian.....	45
4.6.2	Lokasi dan waktu penelitian	46
4.6.3	Prosedur pengumpulan data.....	47
4.6.4	Analisis data.....	48
4.7	Etik Penelitian	
4.7.1	Informed consent.....	49
4.7.2	Anonimity.....	49
4.7.3	Confidentiality	49
4.8	Keterbatasan.....	49
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN		
5.1	Hasil Penelitian.....	51
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian	51
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden.....	55
5.1.3	Perilaku <i>Surgical Safety Cultur</i> oleh dokter.....	58
5.1.4	Perilaku <i>patient safety</i> sesuai standart IPSG dari JCI oleh perawat	59
5.1.5	Pelaksanaan SSC.....	61
5.2	Pembahasan.....	64
5.2.1	Hubungan pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan <i>adverse event</i> di kamar operasi RSPS	64
5.2.2	Hubungan perilaku <i>patient safety : surgical safety</i> oleh dokter dalam pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan <i>adverse event</i> di kamar operasi RSPS.....	68
5.2.3	Hubungan perilaku <i>patient safety</i> perawat dalam pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan <i>adverse event</i> di kamar operasi RSPS.....	71
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Simpulan	75
6.2	Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....		79

DAFTAR GAMBAR

1. Gambar 1.1 Identifikasi masalah	6
2. Gambar 2.1 <i>Surgical Safety Checklist</i> menurut WHO (2009).....	13
3. Gambar 2.2 <i>Precede proceed model</i> (Green LW & Kreuter, 1991)....	27
4. Gambar 2.3 Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan	29
5. Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	33
6. Gambar 4.2 Kerangka Kerja	36

DAFTAR TABEL

1. Tabel 1.1 Data pelaksanaan SSC di kamar operasi RS.Premier Surabaya Periode September – Desember 2013	5
2. Tabel 4.4 Varibel penelitian	38
3. Tabel 4.5 Definisi Operasional	40
4. Tabel 5.1 Karakteristik responden dokter dan perawat.....	56
5. Tabel 5.2 Tabel kategori perilaku pencegahan <i>adverse event</i> : perilaku <i>surgical safety</i> dokter di kamar operasi RSPS	58
6. Tabel 5.3 Kategori pelaksanaan program IPSG	59
7. Tabel 5.4 Tabel kategori perilaku pencegahan <i>adverse event</i> : perilaku <i>patient safety</i> perawat di kamar operasi RSPS	60
8. Tabel 5.5 Uji Normalitas hubungan antara perilaku <i>surgical safety</i> oleh dokter dengan pelaksanaan SSC	61
9. Tabel 5.6 Uji Normalitas hubungan antara perilaku <i>patient safety</i> oleh perawat dengan pelaksanaan SSC.....	61
10. Tabel 5.7 Tabel observasi pelaksanaan SSC di kamar operasi RSPS..	62
11. Tabel 5.8 Tabel observasi hubungan perilaku <i>surgical safety culture</i> oleh dokter dengan pelaksanaan SSC di kamar operasi RSPS.....	63
12. Tabel 5.9 Tabel observasi hubungan perilaku <i>Patient safety</i> oleh perawat dengan pelaksanaan SSC di kamar operasi RSPS	63

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat permohonan bantuan fasilitas pengambilan data penelitian.....	82
Lampiran 2 Surat jawaban permohonan pengambilan data penelitian.....	83
Lampiran 3 Surat keterangan telah menyelesaikan penelitian.....	84
Lampiran 4 Lembar permohonan menjadi responden penelitian.....	85
Lampiran 5 Lembar persetujuan menjadi responden.....	86
Lampiran 6 Kuesioner <i>Surgical Safety Cultur</i> untuk Dokter.....	87
Lampiran 7 Kuesioner <i>Perilaku Patient Safety</i> Untuk Perawat.....	90
Lampiran 8 Lembar observasi implementasi <i>Surgical Safety Checklist</i>	94
Lampiran 9 Tabulasi Data Skoring dokter.....	96
Lampiran 10 Uji Statistik.....	98
Lampiran 11 Keaslian penelitian.....	105
Lampiran 12 Instrumen surgical safety culture survey asli.....	107
Lampiran 13 Tabel distribusi kuesioner SSC dokter.....	109
Lampiran 14 Tabel Distribusi kuesioner pelaksanaan standart IPSPG perawat ...	111
Lampiran 15 Tabulasi Skoring perilaku surgical safety culture.....	116
Lampiran 16 Tabulasi Skoring perilaku PS perawat.....	117
Lampiran 17 Lembar konsultasi penguji skripsi.....	118
Lampiran 18 Lembar konsultasi pembimbing I.....	119
Lampiran 19 Lembar konsultasi pembimbing II.....	120
Lampiran 20 Lembar undangan ujian kripsi.....	121

DAFTAR SINGKATAN

<i>AE</i>	: <i>Adverse Event</i>
<i>HCoS</i>	: <i>Health Care of Surabaya</i>
<i>HICMR</i>	: <i>Hospital Infection Control Managemen Research</i>
<i>IKP</i>	: <i>Insiden Keselamatan Pasien</i>
<i>ILO</i>	: <i>Infeksi Luka Operasi</i>
<i>IPS</i>	: <i>Indikator Patient Safety</i>
<i>IPSG</i>	: <i>Internasional Patient Safety Goal</i>
<i>JCI</i>	: <i>Joint Commission International</i>
<i>KARS</i>	: <i>Komite Akreditasi Rumah Sakit</i>
<i>KKP-RS</i>	: <i>Komite Keselamatan Pasien Rumah sakit</i>
<i>KTD</i>	: <i>Kejadian Tidak Diharapkan</i>
<i>KNC</i>	: <i>Kejadian Nyaris Cedera</i>
<i>KS</i>	: <i>Kejadian Sentinel</i>
<i>PS</i>	: <i>Patient Safety</i>
<i>RHCA</i>	: <i>Ramsay Health Care Australia</i>
<i>RHCI</i>	: <i>Ramsay Health Care Indonesia</i>
<i>RS</i>	: <i>Rumah Sakit</i>
<i>RSPS</i>	: <i>Rumah Sakit Premier Surabaya</i>
<i>RSSI</i>	: <i>Rumah Sakit Surabaya Internasional</i>
<i>SS</i>	: <i>Surgical Safety atau Safety Surgery</i>
<i>SSC</i>	: <i>Surgical Safety Checklist</i>
<i>SSP</i>	: <i>Surgical Safety Patient</i>
<i>WHO</i>	: <i>Worl Health Organization</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Mutu pelayanan kesehatan dan *patient safety (PS)* di rumah sakit (RS) saat ini masih banyak yang belum memenuhi standart pelayanan kesehatan. Mutu dalam pelayanan di RS untuk mengurangi tingkat kecacatan atau kesalahan. Wijono (1999), menyatakan bahwa mutu merupakan gambaran total sifat dari suatu jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan. *Worl Health Organization (WHO)* pada tahun 2004 menjelaskan *PS* merupakan prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu. Program akreditasi RS menjadi jaminan mutu pelayanan kesehatan sebuah RS bahwa pelayanannya telah diakui sesuai standart yang terjamin untuk *PS*, akreditasi RS ini bertahap sehingga akreditasi tingkat Internasional yang harus diperbarui setiap 3 tahun.

Jaminan mutu suatu pelayanan kesehatan di Indonesia berupa standart pelayanan melalui standart akreditasi rumah sakit baik tingkat nasional maupun internasional telah diatur oleh pemerintah melalui undang – undang, peraturan tertulis mengenai hal tersebut adalah UU no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 40 yang isi adalah :

1. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.
2. Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.

Tahun 2000 *institute of medicine (IOM)* di Amerika Serikat menerbitkan laporan : “*too err is human, building a safer health system*” yang memuat 2 penelitian tentang kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *Adverse Event (AE)* pada pasien di rumah sakit. Ditemukan angka KTD sebesar 2.9% dan 3.7% dengan angka kematian 6.6% dan 13.6% dengan data ini kemudian dihitung dari jumlah pasien rawat inap di rumah sakit di Amerika Serikat sebesar 33.6 juta per tahun didapat angka kematian pasien rawat inap akibat KTD tersebut di seluruh Amerika Serikat berkisar 44.000 s/d 98.000 per tahun. *World Health Organization (WHO)* dalam publikasi tahun 2004, menampilkan angka KTD di rumah sakit dari berbagai negara maju adalah sebesar 3.2% s/d 16.6% pada pasien rawat inap, berbagai publikasi untuk mudahnya mengutipnya dengan angka 10%. dan sebagian dari padanya dapat meninggal.

WHO collaborating center for patient safety pada tanggal 2 mei 2007 resmi menerbitkan “*Nine Life Saving Patient Safety Solution*”, sembilan solusi *life saving* keselamatan pasien di rumah sakit. Panduan ini mulai disusun sejak tahun 2005 oleh pakar keselamatan pasien dan lebih 100 negara, dengan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien. Salah satunya adalah pencegahan cedera pada pasien yang akan menjalankan operasi.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan yang berkualitas ternyata juga masih terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse event (AE)* (Dep Kes RI, 2006) sehingga mutlak diperlukan program *PS*. *PS* adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan *analisis accident*, kemampuan belajar dari *accident*

dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Dep Kes RI, 2006).

Surgical safety (SS) merupakan bagian dari program *PS*. *PS* telah menjadi isu global dan nasional bagi RS, dan merupakan komponen penting dari mutu layanan kesehatan. Tindakan *PS* bertujuan untuk mengurangi salah lokasi, salah prosedur, salah pasien operasi akibat dari komunikasi yang tidak efektif antara anggota tim bedah (KARS, 2012).

WHO (2008) mengeluarkan program *save surgery saves lives* yang artinya operasi yang aman menyelamatkan hidup dengan mengeluarkan WHO *surgical safety checklist (SSC)* yang bertujuan untuk mendukung tim bedah mengikuti langkah langkah keselamatan operasi dan membantu menciptakan komunikasi *verbal* efektif dalam tim bedah sebagai konfirmasi standart perawatan untuk setiap pasien.

Keadaan atau kondisi yang dapat menyebabkan terjadi kesalahan sehingga pasien menjadi korbannya sebenarnya bisa terjadi di semua aspek pelayanan kesehatan dan pengobatannya. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya *error* atau kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, antara lain adalah saat pasien dalam keadaan terbius atau tersedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya sehingga mengakibatkan tertukar tempat tidur, kamar, atau lokasi di dalam rumah sakit, hal ini juga dapat diakibatkan karena *disabilitas sensori*, atau akibat situasi lain. (KARS, 2012). Kesalahan tersebut dapat dihindari dengan meningkatkan suatu komunikasi efektif antar tim bedah (perawat kamar operasi, dokter operator dan dokter anestesi) juga pasien sendiri sehingga sebelum operasi dimulai telah dipastikan benar pasien, benar tempat operasi dengan tanda

(*marker*), dan benar tindakan operasi. Untuk itu diperlukan dokumentasi yang menjelaskan secara tertulis tentang komunikasi efektif tersebut dalam sebuah *SSC* yang terbagi menjadi 3 bagian yaitu : 1) *sign in* yang dibacakan sebelum induksi anestesi , 2) *time out* yang dibacakan sebelum insisi kulit dan 3) *sign out* sebelum tim bedah meninggalkan ruangan operasi. Diharapkan dengan menggunakan *SSC* ini tidak terjadi kesalahan dalam pembedahan baik pada proses identifikasi pasien, medikasi, prosedur pembedahan dan prosedur setelah pembedahan seperti perawatan setelah operasi, terapi medikasi atau adanya suatu pengiriman *specimen pathology anatomi* ke laboratorium sesuai permintaan dokter.

Kamar operasi RS.Premier Surabaya sejak tahun 2009 mulai menerapkan *SSC* dengan *checklist* yang dibuat oleh manajemen RS dibawah bimbingan *Health Care of Australia* dari Australia. Tahun 2011 diperbarui dengan menggunakan *SSC* yang sesuai dengan versi yang dikeluarkan WHO (2009), dan pada desember 2013 diadakan suatu revisi tetapi tetap bersumber pada WHO (2009). *SSC* di RS Premier Surabaya dilakukan pengembangan sesuai dengan saran dari badan akreditasi sehingga revisi *SSC* dilakukan secara bertahap. *SSC* ini menjadi suatu hal penting karena komunikasi yang efektif dituangkan dalam *sign in*, *time out* dan *sign out* sehingga *surgical error* yang berupa *adverse event* di kamar operasi dapat dihindari.

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 1691/MENKES/PER/VII/2011 tentang keselamatan pasien RS, menjelaskan maksud Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus

berbasis bukti dan keahlian. *SSC* ini merupakan *SKP* ke IV dalam peraturan ini yaitu tentang kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi. Standart *SKP* ke IV adalah RS mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien. RS perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan. Digunakan praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *surgical safety checklist* dari *WHO patient safety* (2009), juga *the joint commission's universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery*.

Pelaksanaan *SSC* di kamar operasi sebagai dasar komunikasi efektif untuk mewujudkan *PS* diharapkan dapat meminimalkan bahkan meniadakan *adverse event*. *SSC* diharapkan menjadi budaya *safety* demi terwujudnya *SP* sesuai dengan motto RS yaitu *safety hospital*.

Data pelaksanaan *SSC* dikamar operasi dalam periode Oktober – Desember 2013 ditunjukkan dalam tabel 1.1

Tabel 1.1 Data pelaksanaan *SSC* di kamar operasi RS.Premier Surabaya Periode September – Desember 2013

No.	Bulan	Surgical Safety Checklist		
		Sign In (prosentase)	Time Out (prosentase)	Sign Out
1.	Oktober	100	100	85
2.	November	100	100	80
3.	Desember	100	100	90

Sumber : Data sekunder dari bagian *QMR* RSPS

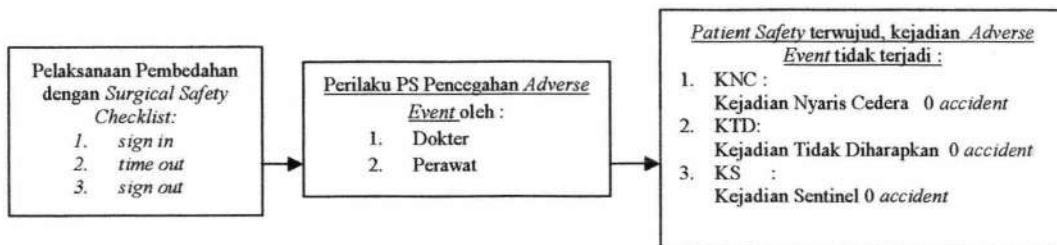
Berdasar tabel 1.1 Pelaksanaan *SSC* di kamar operasi RS Premier Surabaya pada *sign in* dan *time out* telah terlaksana dengan lengkap, tetapi pada tahap *sign out* masih sering tidak terbaca, meskipun kelengkapan kasa dan

instrument telah dipastikan, 10-20 % pelaksanaan SSC tidak dilengkap pada tahap *sign out*.

SSC merupakan bagian dari program *patient safety* khususnya di kamar operasi yang berbasis pada bukti, diharapkan dapat mencegah *adverse event* sehingga harapan untuk tidak adanya *adverse event* (0 *accident*) dapat diwujudkan. RS tempat penelitian dilakukan mempunyai motto "*safety hospital*", maka diharapkan *safety patient* dapat terwujud sesuai dengan motto RS sendiri dengan penerapan SSC di kamar operasi.

1.2 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah meninjau dari sisi hubungan pelaksanaan SSC terhadap perilaku pencegahan *Adverse event* di kamar operasi RS. Premier Surabaya digambarkan seperti dalam gambar 1.2.



Gambar 1.1 Identifikasi masalah

Berdasarkan gambar 1.2 dapat diketahui hubungan pelaksanaan pembedahan dengan menggunakan SSC yang terdiri dalam 3 tahap yaitu *sign in*, *time out* dan *sign out* berpengaruh terhadap perilaku pencegahan *adverse event* oleh dokter dan perawat di kamar operasi sehingga jika *AE* ini dapat dihindari maka angka kejadian *AE* di kamar operasi dapat diminimalkan atau bahkan tidak ada (*zero point*). Angka kejadian *AE* ini menjadi suatu data dalam *Insiden Pasien Safety (IPS)* dimana dengan *zero accident IPS* khususnya di kamar operasi

menjadi harapan RS sehingga mutu pelayanan kesehatan khususnya pelayanan pembedahan di kamar operasi terjamin.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan pelaksanaan *surgical safety checklist* dengan perilaku pencegahan *Adverse event* di kamar operasi RS. Premier Surabaya ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan pelaksanaan *SSC* dengan terhadap perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS. Premier Surabaya.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis hubungan pelaksanaan *SSC* dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS. Premier Surabaya.
2. Menganalisis hubungan perilaku *patient safety* dokter dalam pelaksanaan *SSC* dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS. Premier Surabaya.
3. Menganalisis hubungan perilaku *patient safety* perawat dalam pelaksanaan *SSC* dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS. Premier Surabaya

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

1. Memperkaya bahasan dalam manajemen keperawatan yang berhubungan dengan pengembangan perilaku *pasient safety* perawat dan dokter terhadap pelaksanaan *SSC* untuk meminimalkan *adverse event* di kamar operasi.
2. Referensi bagi peneliti lanjutan mengenai pelaksanaan *SSC* terhadap perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Meminimalkan IPS dengan mencegah terjadinya *adverse event* sehingga resiko kesalahan prosedur dan kesalahan komunikasi dalam tim pembedahan yaitu dokter dan perawat di kamar operasi RS.Premier Surabaya.
2. Memberikan masukan atau pertimbangan dalam menyusun kebijakan dalam pengelolaan *Surgical Safety Checklist* di RS.Premier Surabaya

BAB 2**TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan dijelaskan tentang tinjauan teoritis mengenai, *surgical safety patient*, *surgical safety checklist*, indikator *Patient safety*, pengertian *adverse event* dan konsep perilaku.

2.1 Surgical Safety Patient

Surgical Safety Patient (SSP) adalah merupakan bagian dari enam program *PS* dalam *Joint Commission International (JCI)* yang dikenal sebagai *Internasional Patient Safety Goal (IPSG)*. *SSP* adalah program ke empat *IPSG* dalam *JCI* atau Standar Keselamatan Pasien (SKP) ke empat menurut peraturan Menteri Kesehatan nomor.1691/menkes/per/VIII/2011 tentang sasaran keselamatan pasien. SKP ke empat berisi kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi.

Peraturan Menteri Kesehatan nomor.1691/menkes/per/VIII/2011 juga menjabarkan bahwa salah lokasi, salah prosedur, salah pasien operasi, adalah sesuatu yang mengawatirkan dan tidak jarang terjadi di RS. Kesalahan ini diakibatkan dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah juga kurangnya melibatkan pasien dalam melakukan proses penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Disamping itu, pengkajian pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang, catatan medis yang 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.

RS perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif didalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambar di *SSC* dari WHO Patient Safety (2009) dan protokol JCI tentang *universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di RS dan harus dibuat oleh operator (orang yang akan melakukan tindakan) dilaksanakan saat pasien masih dalam keadaan sadar penuh jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus. (Permenkes nomor.1691/menkes/per/VIII/2011-standart SKP IV).

WHO (2008) memberikan 10 kriteria hal dasar yang bertujuan untuk *safety surgery (SS)* yang artinya pembedahan yang aman, sepuluh kriteria tersebut adalah 1) tim bedah akan melakukan pembedahan pada pasien yang benar di sisi yang benar, 2) tim bedah akan menggunakan metode untuk mencegah bahaya dari pemberian anestesi, 3) sekaligus melindungi pasien dari rasa sakit, 4) tim bedah akan mengenali tanda tanda gangguan fungsi pernapasan dan resiko yang mengancam nyawa, 5) tim bedah juga akan mengantisipasi bahaya perdarahan, 6) tim bedah menghindari alergi, tim bedah akan menggunakan prosedur untuk menghindari risiko infeksi luka operasai (ILO), 7) Tim bedah melakukan prosedur

penghitungan instrument, 8) kasa pasti tidak tertinggal pada tubuh pasien, 9) tim akan mengidentifikasi semua spesimen bedah baik untuk dikirim ke *pathologi anatomi* untuk diberikan pasien dan keluarga, 10) Tim bedah melakukan komunikasi yang efektif dan bertukar informasi penting untuk pelaksanaan operasi yang aman dan sebuah rumah sakit membentuk pengawasan rutin untuk melakukan audit kapasitas bedah, volume dan hasilnya.

WHO (2008) mengembangkan pendekatan *SS* dengan menggunakan *SSC* untuk memastikan benar sisi atau tempat operasi, dan benar pasien. Karena kesalahan operasi bisa diakibatkan oleh karena komunikasi antar pasien dan tim bedah yang tidak efektif, maka WHO membuat suatu protokol dimana pembedahan harus ada 3 proses penting yang harus dilakukan, protokol tersebut adalah 1) membuat *marker* atau tanda pada lokasi operasi harus dilakukan pada semua kasus yang bersisi (*laterality*), berstruktur *multiple* (seperti jari tangan, jari kaki lesi), atau *multiple level* (tulang belakang) dengan tinta yang tidak bisa terhapus oleh proses *desinfeksi* (proses membebaskan dari area operasi), 2) konfirmasi ulang praoperasi (*sign in*) dimaksudkan untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar, memastikan semua dokumen, foto (*image*), dan hasil pemeriksaan lain yang relevan telah tersedia dan telah diberi label dengan baik dan telah dipasang pada *film viewer*, memastikan ketersediaan peralatan khusus dan *implant* yang dibutuhkan, *time out (SSC)* sebelum pembedahan dan *sign out* setelah prosedur selesai dan sebelum tim bedah meninggalkan kamar operasi. 3) melakukan *time out* sebelum insisi dan *sign out* setelah operasi.

2.2 *Surgical Safety Checklist*

SSC adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien (Tirtabayu, 2012). *SSC* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi berupa media tertulis. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari periode sebelum induksi anestesi, periode sebelum insisi kulit dan periode sebelum pasien meninggalkan kamar operasi sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Tirtabayu, 2012).

Komunikasi efektif adalah kunci utama dari *SS* dimana komunikasi antara pasien, perawat dan dokter tersebut dibentuk dalam *SSC* secara tertulis dan hal hal yang ada dalam *checklist* tersebut akan dibacakan secara lantang dalam satu waktu dimana semua anggota tim sudah berada dalam satu kamar operasi.

SSC ini terbagi dalam 3 tahap, yaitu : tahap *sign in*, *time out* dan *sign out*. *SSC* menurut WHO (2009) adalah seperti tertera pada gambar 2.1.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2**TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan dijelaskan tentang tinjauan teoritis mengenai, *surgical safety patient*, *surgical safety checklist*, indikator *Patient safety*, pengertian *adverse event* dan konsep perilaku.

2.1 Surgical Safety Patient

Surgical Safety Patient (SSP) adalah merupakan bagian dari enam program *PS* dalam *Joint Commission International (JCI)* yang dikenal sebagai *Internasional Patient Safety Goal (IPSG)*. *SSP* adalah program ke empat *IPSG* dalam *JCI* atau Standar Keselamatan Pasien (SKP) ke empat menurut peraturan Menteri Kesehatan nomor.1691/menkes/per/VIII/2011 tentang sasaran keselamatan pasien. SKP ke empat berisi kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi.

Peraturan Menteri Kesehatan nomor.1691/menkes/per/VIII/2011 juga menjabarkan bahwa salah lokasi, salah prosedur, salah pasien operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di RS. Kesalahan ini diakibatkan dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah juga kurangnya melibatkan pasien dalam melakukan proses penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Disamping itu, pengkajian pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang, catatan medis yang 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.

RS perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif didalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambar di SSC dari WHO Patient Safety (2009) dan protokol JCI tentang *universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di RS dan harus dibuat oleh operator (orang yang akan melakukan tindakan) dilaksanakan saat pasien masih dalam keadaan sadar penuh jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus. (Permenkes nomor.1691/menkes/per/VIII/2011-standart SKP IV).

WHO (2008) memberikan 10 kriteria hal dasar yang bertujuan untuk *safety surgery (SS)* yang artinya pembedahan yang aman, sepuluh kriteria tersebut adalah 1) tim bedah akan melakukan pembedahan pada pasien yang benar di sisi yang benar, 2) tim bedah akan menggunakan metode untuk mencegah bahaya dari pemberian anestesi, 3) sekaligus melindungi pasien dari rasa sakit, 4) tim bedah akan mengenali tanda tanda gangguan fungsi pernapasan dan resiko yang mengancam nyawa, 5) tim bedah juga akan mengantisipasi bahaya perdarahan, 6) tim bedah menghindari alergi, tim bedah akan menggunakan prosedur untuk menghindari risiko infeksi luka operasi (ILO), 7) Tim bedah melakukan prosedur

penghitungan instrument, 8) kasa pasti tidak tertinggal pada tubuh pasien, 9) tim akan mengidentifikasi semua spesimen bedah baik untuk dikirim ke *pathologi anatomi* untuk diberikan pasien dan keluarga, 10) Tim bedah melakukan komunikasi yang efektif dan bertukar informasi penting untuk pelaksanaan operasi yang aman dan sebuah rumah sakit membentuk pengawasan rutin untuk melakukan audit kapasitas bedah, volume dan hasilnya.


WHO (2008) mengembangkan pendekatan *SS* dengan menggunakan *SSC* untuk memastikan benar sisi atau tempat operasi, dan benar pasien. Karena kesalahan operasi bisa diakibatkan oleh karena komunikasi antar pasien dan tim bedah yang tidak efektif, maka WHO membuat suatu protokol dimana pembedahan harus ada 3 proses penting yang harus dilakukan, protokol tersebut adalah 1) membuat *marker* atau tanda pada lokasi operasi harus dilakukan pada semua kasus yang bersisi (*laterality*), berstruktur *multiple* (seperti jari tangan, jari kaki lesi), atau *multiple level* (tulang belakang) dengan tinta yang tidak bisa terhapus oleh proses *desinfeksi* (proses membebaskan kuman dari area operasi), 2) konfirmasi ulang praoperasi (*sign in*) dimaksudkan untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar, memastikan semua dokumen, foto (*image*), dan hasil pemeriksaan lain yang relevan telah tersedia dan telah diberi label dengan baik dan telah dipasang pada *film viewer*, memastikan ketersediaan peralatan khusus dan *implant* yang dibutuhkan, *time out (SSC)* sebelum pembedahan dan *sign out* setelah prosedur selesai dan sebelum tim bedah meninggalkan kamar operasi. 3) melakukan *time out* sebelum insisi dan *sign out* setelah operasi.

2.2 *Surgical Safety Checklist*

SSC adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien (Tirtabayu, 2012). *SSC* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi berupa media tertulis. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari periode sebelum induksi anestesi, periode sebelum insisi kulit dan periode sebelum pasien meninggalkan kamar operasi sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Tirtabayu, 2012).

Komunikasi efektif adalah kunci utama dari *SS* dimana komunikasi antara pasien, perawat dan dokter tersebut dibentuk dalam *SSC* secara tertulis dan hal hal yang ada dalam *checklist* tersebut akan dibacakan secara lantang dalam satu waktu dimana semua anggota tim sudah berada dalam satu kamar operasi.

SSC ini terbagi dalam 3 tahap, yaitu : tahap *sign in*, *time out* dan *sign out*. *SSC* menurut WHO (2009) adalah seperti tertera pada gambar 2.1.

<h1>Surgical Safety Checklist</h1>		 World Health Organization	Patient Safety <small>A World Alliance for Safer Health Care</small>
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room	
(with at least nurse and anaesthetist)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)	
<p>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?</p> <input type="checkbox"/> Yes	<p><input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role.</p> <p><input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.</p> <p>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<p>Nurse Verbally Confirms:</p> <input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed	
<p>Is the site marked?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<p>Anticipated Critical Events</p> <p>To Surgeon:</p> <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss? <p>To Anaesthetist:</p> <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns? <p>To Nursing Team:</p> <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns? <p>Is essential imaging displayed?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<p>To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:</p> <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?	
<p>Is the anaesthesia machine and medication check complete?</p> <input type="checkbox"/> Yes			
<p>Is the pulse oximeter on the patient and functioning?</p> <input type="checkbox"/> Yes			
<p>Does the patient have a:</p> <p>Known allergy?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
<p>Difficult airway or aspiration risk?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available			
<p>Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned			
<p><small>This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.</small></p>		<p><small>Revised 1 / 2009</small></p>	<p><small>© WHO, 2009</small></p>

Gambar 2.1 *Surgical Safety Checklist (SSC)* menurut WHO (2009)

1. Tahap *sign in*

Tahap *sign in* adalah tahap yang dilakukan sebelum induksi anestesi, perawat secara *verbal* akan memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, alat medis *oksimeter pulse* pada pasien berfungsi. Dokter anestesi juga mengkonfirmasi resiko pasien apakah pasien ada resiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, dan reaksi alergi. (Tirtabayu, 2012).

2. Tahap *time out*

Tahap *time out* adalah tahap dimana setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim bedah memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan *incisi* pertama pada kulit, tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras bahwa tim bedah melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Tim bedah juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik *profilaksis* telah diberikan 60 menit sebelumnya, gula darah terkendali, sudah dilakukan pencukur area operasi dan menanyakan perlu tidaknya penghangat diberikan pada pasien. (Tirtabayu, 2012).

3. Tahap *sign out*

Tahap *sign out* adalah tahap tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan konfirmasi kelengkapan kasa, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah akhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada manajemen *post* operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (Tirtabayu, 2012). Tahap ini juga

dilakukan dikonfirmasi spesimen untuk *pathology anatomi* atau tidak, dan kelengkapan administrasinya seperti pengantar patologi anatomi atau laboratorium, terapi dokter tertulis lengkap beserta perawatan pasca operasi tertulis semua di catatan perawatan.

2.3 Indikator *Pasient Safety (IPS)*

Indikator *Patient safety (IPS)* merupakan ukuran yang digunakan untuk mengetahui tingkat keselamatan pasien selama dirawat di RS. *IPS* ini bermanfaat untuk menggambarkan besarnya masalah yang dialami pasien selama dirawat di RS, khususnya yang berkaitan dengan berbagai tindakan medik yang berpotensi menimbulkan resiko pada pasien. Dwiprahasto (2008), menyatakan dengan mendasarkan *IPS* ini maka sebuah RS dapat menetapkan upaya – upaya yang dapat mencegah timbulnya *outcome* klinik yang tidak diharapkan pada pasien.

IPS terdiri atas 2 jenis, yaitu *IPS* tingkat RS dan *IPS* tingkat area pelayanan. Uraian kedua jenis *IPS* tersebut adalah sebagai berikut :

1. *IPS* tingkat RS (*hospital level indicator*)

Indikator ini digunakan untuk mengukur komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah saat pasien mendapat berbagai tindakan medis di RS. Indikator ini mencakup kasus – kasus yang merupakan diagnosis sekunder akibat terjadinya resiko pasca tindakan medik.

2. *IPS* tingkat area pelayanan

Indikator *IPS* ini mencakup semua resiko komplikasi akibat tindakan medik yang yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (kabupaten atau

kota). *IPS* ini mencakup diagnosis utama maupun diagnosis sekunder untuk komplikasi akibat tindakan medis.

IPS tingkat RS yang dapat terjadi berhubungan dengan kamar operasi antara lain komplikasi anestesi, benda asing tertinggal selama prosedural, *pneumotorac iatrogenic*, infeksi akibat perawatan, patah tulang pasca operasi, pendarahan atau *haematoma* pasca operasi, gangguan fisiologis dan metabolik pasca operasi, kegagalan pernapasan pasca operasi, *pulmonary embolism* atau *deep vein thrombosis*, sepsis pasca operasi, luka pada pasien bedah *abdominopelvic*, luka tusukan dan laserasi, reaksi transfusi, trauma kebidanan karena instrument.

Elemen *IPS* meliputi kesalahan pengobatan yang merugikan, kecelakaan bedah, keamanan produk darah, *fall* (jatuh), darah stream (aliran) dan pelaporan *IPS*.

Penyebab kesalahan *PS* umumnya disebabkan karena masalah komunikasi, kurangnya informasi, masalah manusia, transfer pengetahuan dalam organisasi, *staffing* pola atau alur kerja, kurangnya kebijakan dan prosedur.

IPS ini tujuan umumnya adalah menjamin keamanan pasien yang meliputi mengidentifikasi pasien yang benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, menungkatkan keamanan obat, menghilangkan salah tempat, salah pasien, prosedur yang salah, mengurangi resiko infeksi terkait perawatan.

Tujuan *IPS* adalah untuk mengidentifikasi area - area pelayanan yang memerlukan pengamatan dan perbaikan lebih lanjut, misalnya :

1. adanya penurunan mutu pelayanan dari waktu ke waktu
2. suatu area pelayanan ternyata tidak memenuhi standart klinik

3. tingginya variasi anatar RS dan antar pemberi pelayanan
4. disparitas antar unit - unit pelayanan kesehatan (pemerintah dan swasta)

Elemen penilaian sasaran IV dari Peraturan Menteri Kesehatan nomor.1691/menkes/per/VIII/2011 adalah sebagai berikut :

1. RS menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien didalam proses penandaan.
2. RS menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat pre operasi 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 atau *time out* tepat sebelum dimulainya suatu prosedur atau tindakan pembedahan.
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakna diluar kamar operasi. Materi ini dalam sebuah RS dengan adanya kebijakan dan SPO proses tersebut.

2.4 Adverse Event

2.4.1 Pengertian *adverse event*

Layanan kesehatan dalam RS harus memprioritaskan program *PS* yang salah satu program dasarnya adalah menekan atau menurunkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). IKP adalah suatu kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm atau cedera yang tidak

seharusnya terjadi (KKP-RS, 2008). IKP ini sendiri terdiri atas Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event (AE)* dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *near miss* termasuk Kejadian sentinel atau *sentinal event*.

Pengertian KTD atau *Adverse Event (AE)* adalah suatu insiden yang mengakibatkan *harm* atau cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang dapat dicegah (KKP-RS, 2008).

Dalam pengertian *AE* menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah sakit (KKP-RS, 2008) ini yang dimaksud dengan *harm* adalah penyakit (*disease*) yang diartikan sebagai disfungsi fisik atau spikis, cedera (*injury*) diartikan sebagai kerusakan jaringan yang diakibatkan *agent* atau keadaan, penderitaan (*suffering*) adalah pengalaman atau gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, malaise, mual, muntah, depresi, agitasi dan ketakutan, cacat (*disability*) diartikan sebagai segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktifitas dan atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan *harm* yang terjadi sebelumnya atau saat ini dan kematian.

Pengertian KNC (Kejadian Nyaris Cedera) atau *near miss* menurut KKP-RS (2008) merupakan suatu insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*), atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dapat terjadi karena keberuntungan (misalnya pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena pencegahan (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staff lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan) atau peringatan

(suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

Kejadian sentinel (KS) atau *sentinel event* adalah salah satu KTD yang mengakibatkan suatu kematian atau cedera yang serius. Contoh yang diberikan adalah kasus salah melakukan tindakan operasi bagian tubuh pasien yang tidak seharusnya dioperasi.

Definisi *AE* dalam pembedahan antara lain pada kasus pembedahan dilakukan pada bagian tubuh yang salah, pembedahan dilakukan pada pasien yang salah, prosedur pembedahan salah dilakukan pada pasien, *unintended* dari benda asing pada pasien setelah operasi atau prosedur lainnya, intra operatif atau segera kematian setelah operasi dalam American Society of Anaesthesiologist (ASA) kelas 1 pasien.

2.5 Konsep Perilaku

2.5.1 Definisi perilaku

Perilaku adalah kegiatan atau aktifitas sosial (makhluk hidup) yang bersangkutan (Notoatmojo, 2012). Menurut Skinner, perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan (Notoatmojo, 2012)

2.5.2 Faktor pembentuk perilaku

Teori perilaku menurut Lawrence Green dalam Notoatmojo (2012) berpendapat bahwa perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama antara lain:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.

2. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat seperti, puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan.

3. Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama dan para petugas kesehatan. Termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Perilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif serta dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama dan para petugas terlebih lagi petugas kesehatan. Di samping itu, undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut.

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang (perawat) tentang program *PS* ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas,

sikap, dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Seorang perawat yang tidak mau menerapkan keselamatan pasien disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat dari program *PS* bagi dirinya (*predisposing factors*). Fasilitas yang disediakan juga mempengaruhi seperti peralatan yang tidak lengkap (*enabling factors*). Para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain disekitarnya tidak pernah memberikan contoh atau penyuluhan tentang program *PS* (*reinforcing factors*).

2.5.3 Domain perilaku

Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan dalam buku Notoatmojo (2012) membagi perilaku manusia dalam tiga domain :

a. Domain kognitif

Kategori yang termasuk domain kognitif adalah pengetahuan, komprehensif, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi.

b. Domain afektif

Kategori yang termasuk domain afektif adalah penerimaan, penilaian, pengaturan, karakterisasi nilai.

c. Domain psikomotor

Kategori yang termasuk domain psikomotor adalah gerak reflex, fundamental dasar, kemampuan persepsi, kemampuan fisik, gerak terlatih, perilaku nondiskusif.

2.5.4 Pengukuran Perilaku

Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasikan untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni pengetahuan, sikap dan tindakan.

1. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmojo 2012)

b. Tingkat Pengetahuan Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan ;

1) Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau

materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Apabila aplikasi dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama yang lainnya. Kemampuan analisis tersebut dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan dan mengelompokkan.

5) Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis juga dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian penilaian itu

didasarkan atas suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada. (Notoatmojo 2012)

c. Proses Adopsi Perilaku

Dari penelitian dan pengalaman terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) didalam orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu :

1. *Awarenes* (kesadaran) yaitu orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus atau objek terlebih dahulu
2. *Interest* yaitu orang mulai tertarik dengan stimulus
3. *Evaluation* (menimbang nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru
5. *Adaptation*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya sebagai stimulus.

Bila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*lost lasting*) (Notoatmojo 2012)

2. Sikap (*Attitude*)

a. Pengertian

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmojo 2012).

b. Komponen Pokok Sikap

Dalam bagian lain (Allport,1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
3. Kecenderungan untuk bertindak

Ketiga komponen ini secara bersama sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan, sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan yang penting (Notoatmojo, 2012)

c. Tingkatan sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan :

1. Menerima (*receiving*).

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek)

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila di tanya mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga

4. Bertanggung Jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

d. Praktik atau Tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain.

Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek yang kedua

3. Mekanisme (*mechanism*)

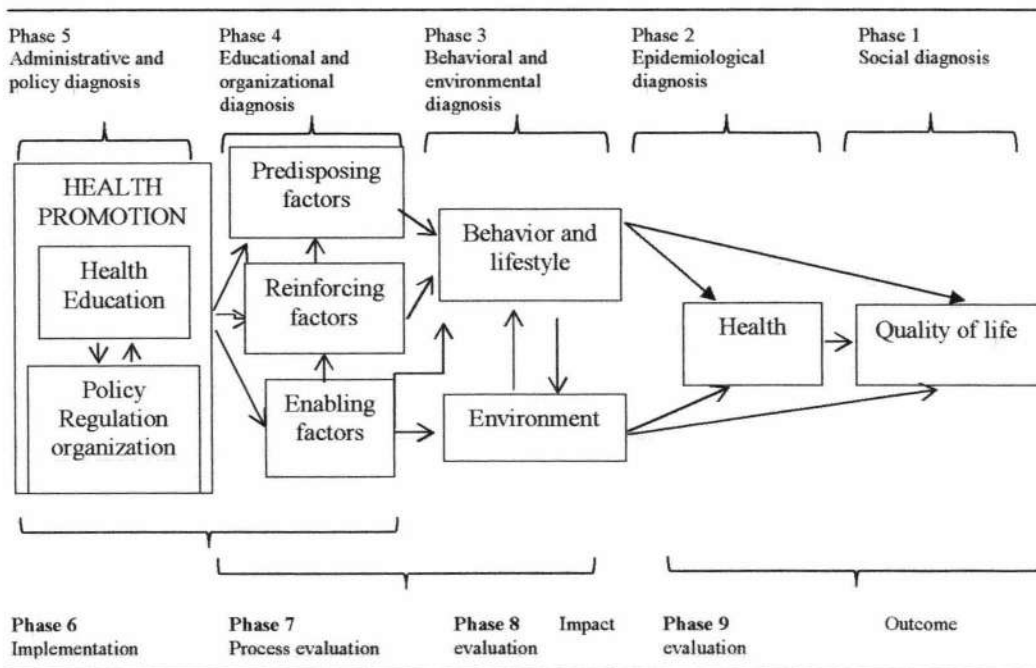
Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka sudah mencapai praktik tingkat tiga.

1. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmojo, 2012).

2.5.5 Perilaku kesehatan berdasarkan teori Lawrence Green

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar lingkungan (*nonbehavior causes*). Perilaku kesehatan dapat terwujudkan melalui intervensi sampai dengan penilaian dan evaluasi. Proses pelaksanaannya Lawrence Green menggambarkan dalam bagan berikut :



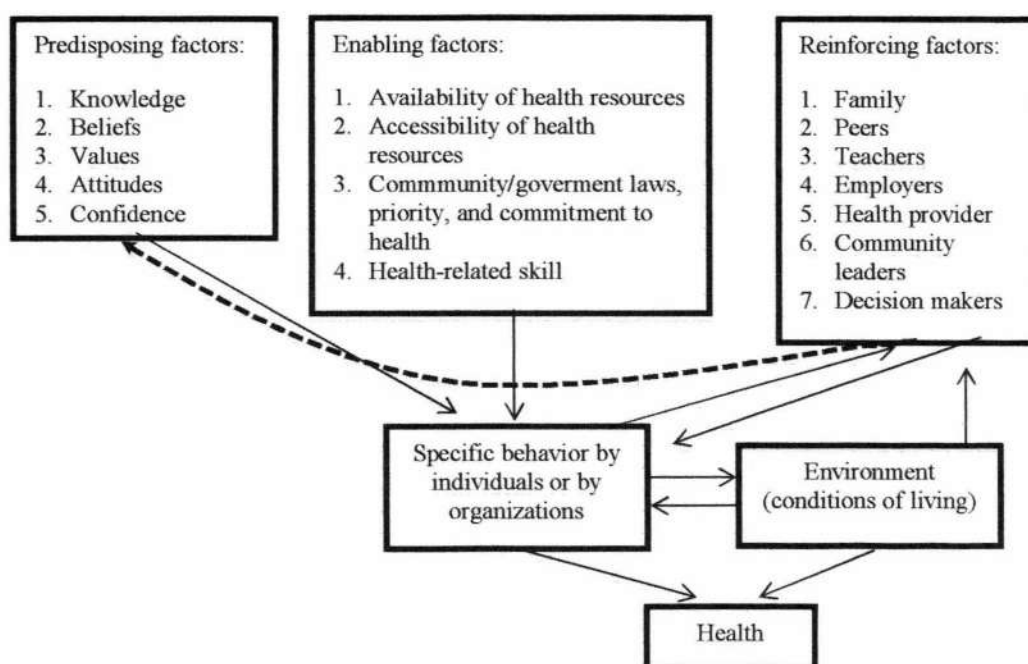
Gambar 2.2 *Precede proceed model* (Green LW. & Kreuter MW,1991)

Selanjutnya dalam program promosi kesehatan dikenal adanya model pengkajian dan penindaklanjutan (*Precede Proceed Model*) yang diadaptasi dari konsep Lawrence Green. Model ini mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan berusaha mengubah, memelihara atau meningkatkan perilaku tersebut kearah yang lebih positif. Proses pengkajian atau pada tahap *precede* dan proses penindaklanjutan pada tahap *proceed*. Suatu program untuk memperbaiki perilaku kesehatan adalah dengan penerapan keempat proses pada umumnya ke dalam model pengkajian dan penindaklanjutan.

1. Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat kesejahteraan. Diharapkan semakin sejahtera maka kualitas hidup semakin tinggi. Kualitas hidup ini salah satunya dipengaruhi oleh derajat kesehatan. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang maka kualitas hidup juga semakin tinggi.
2. Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan akan tergambarakan masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Pengaruh yang paling besar terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan.
3. Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis dan sosio budaya yang langsung atau tidak mempengaruhi derajat kesehatan.
4. Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya aksi dan reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya. Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaya hidup

merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan karena jenis pekerjaannya mengikuti trend yang berlaku dalam kelompok sebayanya, ataupun hanya untuk meniru tokoh idolanya (Nursalam, 2013).

Perilaku ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu: *predisposing factors*, *enabling factors*, dan *reinforcing factors* seperti yang dijelaskan dalam gambar dibawah ini :



Gambar 2.3 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan (Green dan Kreuter, 1991)

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.

2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, guru yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Ketiga faktor penyebab tersebut di atas dipengaruhi oleh faktor penyuluhan dan faktor kebijakan, peraturan serta organisasi. Semua faktor-faktor tersebut merupakan ruang lingkup promosi kesehatan. Faktor lingkungan adalah segala faktor baik fisik, biologis maupun sosial budaya yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi derajat kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Nursalam, 2013).

2.5.6 Perilaku *pasient safety*

Perilaku *patient safety* mencakup 3 domain, yakni : pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan tindakan atau praktik (*practice*) (Notoatmodjo, 2003). Mengukur perilaku dan perubahannya khususnya perilaku *PS* juga mengacu kepada 3 domain tersebut., secara rinci dikaitkan dengan program *PS* dijelaskan sebagai berikut :

1. Pengetahuan tentang *patient safety*

Pengetahuan tentang *PS* adalah mencakup apa yang diketahui oleh seseorang tentang *PS*.

Pengetahuan tentang *PS* meliputi :

- a. Pengetahuan tentang risiko yang bisa saja terjadi bila tidak menerapkan program *PS*.
- b. Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi keselamatan pasien.
- c. Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan yang tersedia.
- d. Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan dan kesalahan.

Pengukuran pengetahuan *PS* seperti tersebut diatas adalah dengan mengajukan pertanyaan - pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan - pertanyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan *PS* adalah tingginya pengetahuan responden tentang *PS*, atau besarnya persentase kelompok responden tentang variabel-variabel atau komponen-komponen *PS*.

2. Sikap terhadap *PS*

Sikap terhadap *PS* adalah pendapat atau penilaian orang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan *PS*, yang mencakup 4 variabel yaitu :

- a. Sikap terhadap resiko yang bisa terjadi bila tidak menerapkan program *PS*
- b. Sikap tentang faktor - faktor yang terkait dan atau mempengaruhi keselamatan pasien
- c. Sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia.
- d. Sikap untuk menghindari kecelakaan dan kesalahan.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Pengukuran sikap secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan - pertanyaan tentang stimulus atau objek yang bersangkutan.

3. Praktik *patient safety*

Praktik *PS* atau tindakan untuk *PS* adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka *PS*. Tindakan atau praktik *PS* ini juga meliputi 4 faktor yaitu :

Aspek perilaku di dalam *patient safety*

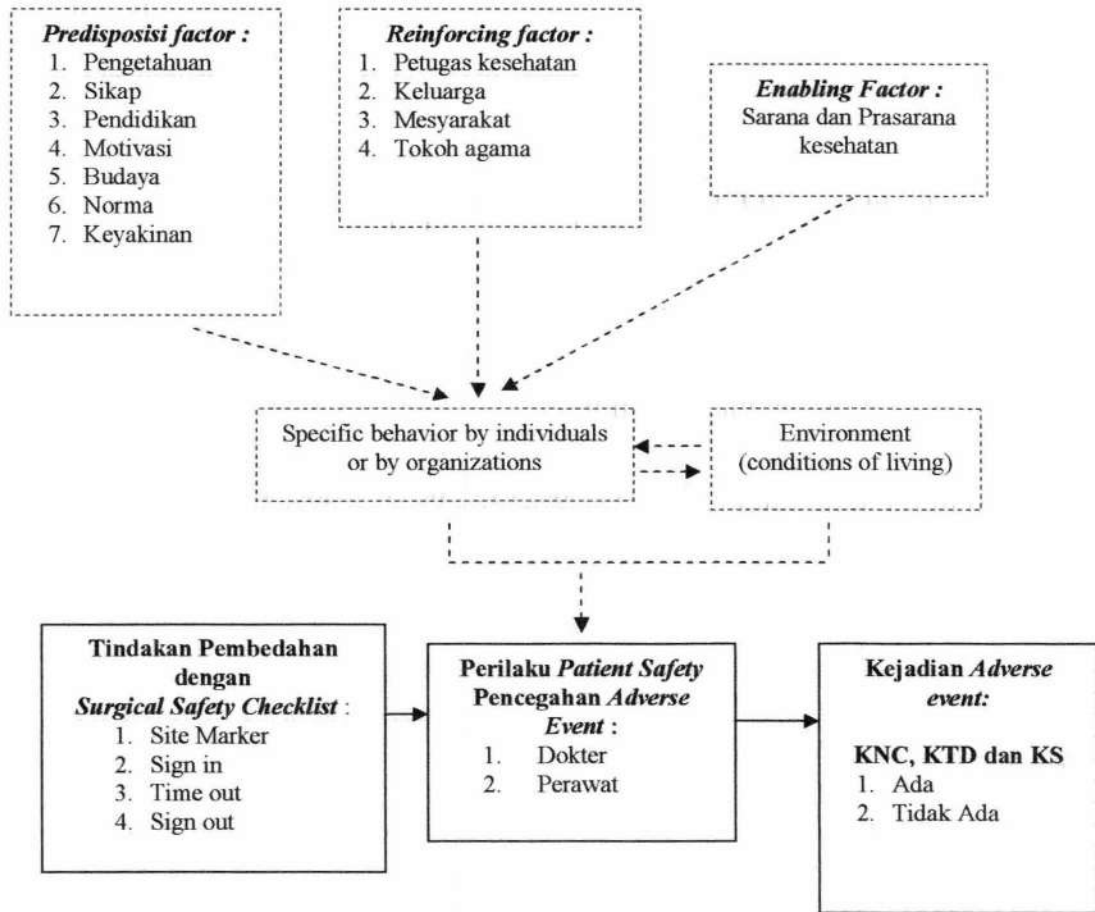
- a. Tindakan atau praktik sehubungan dengan risiko yang bisa saja terjadi bila tidak menerapkan *patient safety*
- b. Tindakan atau praktik sehubungan faktor - faktor yang terkait dan atau mempengaruhi keselamatan pasien
- c. Tindakan atau praktik sehubungan fasilitas pelayanan yang tersedia.
- d. Tindakan atau praktik sehubungan untuk menghindari kecelakaan dan kesalahan.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 kerangka konseptual Hubungan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* Terhadap perilaku Pencegahan *Adverse Event* di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya modifikasi Lawrance Green

Uraian Kerangka Konsep

Perilaku *PS* menurut Lawrance Green dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu : *predisposisi factor*, *reinforcing factor* dan *enabling factor*, ketiga faktor ini juga dipengaruhi oleh organsasi dan lingkungan yang mendukung terlaksananya perilaku *PS*.

WHO *Patient Safety* (2009) dan protokol JCI tentang *universal protocol for preventing wrong site, wrong prosedure, wrong person surgery* menyatakan untuk menghindari salah lokasi maka sebelum pasien dibawa ke ruang operasi harus dilakukan penandaan lokasi operasi (*site marking*) yang melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di RS dan harus dibuat oleh operator (orang yang akan melakukan tindakan) dilaksanakan saat pasien masih dalam keadaan sadar penuh jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan diinsisi kulit. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus.

(Permenkes/nomor.1691/menkes/per/VIII/2011-standart SKP IV).

Pelaksanaan *SSC* yaitu sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien (Tirtabayu, 2012), dan merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi berupa media tertulis, diawali dengan tahap *sign in* dimana tanda site marker ini merupakan hal penting yang harus dilakukan sebagai komunikasi efektif antara perawat ruangan dengan perawat bedah.

SSC dalam ruang operasi merupakan satu kesatuan dari ketiga tahapan *sign in*, *time out* dan *sign out*, sehingga dengan pelaksanaan *SSC* ini dapat meminimalkan angka kejadian *advers event* di ruang operasi. *SSC* diharapkan

meningkatkan perilaku *patient safety* pada pelaku pelakunya dalam hal ini di kamar operasi adalah perawat dan dokter. Perilaku *patient safety* ini mencakup 3 domain, yakni : pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan tindakan atau praktik (*practice*) (Notoatmodjo, 2003).

Jaminan mutu pelayanan kesehatan di sebuah RS adalah jaminan PS dengan meminimal bahkan meniadakan *adverse event* (KTD, KNC dan KS) khususnya di ruang operasi. Implementasi SSC di ruang operasi akan memberikan suatu dokumentasi yang berbasis bukti seperti yang digambar di SSC dari WHO Patient Safety (2009). Dengan pelaksanaan SSC ini perilaku PS dapat mewujudkan tidak terjadinya salah lokasi, salah prosedur, salah pasien operasi seperti yang telah diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan nomor.1691/menkes/per/VIII/2011, khususnya dalam SKP nomor IV berisi kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi.

3.2 Hipotesa penelitian

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah :

- H1 : Terdapat hubungan pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi pada perawat.
- H1 : Terdapat hubungan pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi pada dokter.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

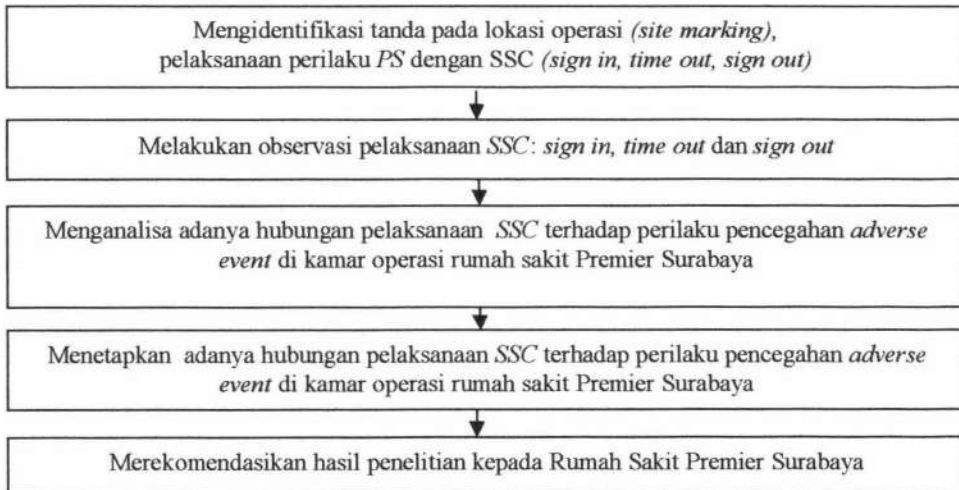
Bab 4 ini akan menjelaskan tentang metode penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini. Bab ini akan menguraikan tentang : 1) desain penelitian; 2) kerangka kerja; 3) populasi, sample, dan sampling; 4) identifikasi variable penelitian; 5) definisi operasional; 6) pengumpulan dan pengolahan data dan 7) etika penelitian;

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif corelative* dengan pendekatan *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variable independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat.

4.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan pentahapan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008), kerangka kerja dalam penelitian ini adalah :



gambar 4.2 Hubungan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* Terhadap perilaku Pencegahan *Adverse Event* di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya

4.3 Populasi, sampel, dan sampling

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat di kamar operasi dalam RS. Premier Surabaya sebanyak 24 perawat dan 17 responden dokter anestesi dan dokter bedah yang menjadi operator di kamar operasi RS. Premier Surabaya selama periode penelitian 04 – 07 Februari 2014.

4.3.2 Sampel

Sampel dari penelitian ini adalah 24 perawat di kamar operasi RS. Premier Surabaya dan dokter anestesi dan dokter bedah yang melakukan tindakan pembedahan di kamar operasi RS. Premier Surabaya selama periode penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2013).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah semua perawat (n=23) di kamar operasi RS. Premier Surabaya dan dokter yang melakukan tindakan anestesi dan pembedahan selama periode penelitian.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab (Nursalam, 2013).

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah semua dokter anestesi dan bedah dengan operasi *cyto* atau darurat. Dan perawat yang selama periode penelitian sedang dalam cuti hamil, perawat dalam masa orientasi ada 1 perawat anestesi

yang masih dalam masa orientasi atau perawat yang dalam tugas belajar di luar kota.

4.3.3 *Sampling*

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* jenis *purposive sampling*, yaitu suatu tehnik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan atau masalah), sehingga sampel dapat mewakili katakteristik populasi yang dikenal sebelumnya.

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2013).

4.4.1 Variable independen (variabel bebas)

Variabel independen pada penelitian ini adalah : variabel independen dalam penelitian ini adalah Patient safety : *adverse event* (KTD, KNC dan KS)

4.4.2 Variable dependen (variabel terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2013). Variable dependen dalam penelitian ini adalah implementasi SSC, perilaku *patient safety* perawat dan dokter anestesi dan dokter bedah.

tabel 4.4 Variabel Penelitian Hubungan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* Terhadap perilaku Pencegahan *Adverse Event* di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya

Variable independen (variabel bebas)	Variable dependen (variabel terikat)
X1 : Pasien safety terlaksana , adverse event (KTD, KNC, KS) tidak terjadi	Y1 : perilaku PS perawat Y2 : perilaku PS dokter bedah dan anestesi Y3 : Pelaksanaan SSC

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. (Nursalam, 2008). Ada dua macam definisi operasional yaitu; definisi nominal yang menerangkan arti kata, hakiki, ciri, maksud dan kegunaan, serta asal muasal (sebab) dan definisi riil menerangkan obyek yang dibatasi terdiri dari dua unsur yang menyamakan dengan hal yang lain dan unsur yang membedakan dengan hal lain (Nursalam, 2011). Sumber lain mendefinisikan sebagai uraian tentang batasan variable yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variable yang bersangkutan. Notoatmojo (2010).

Tabel 4.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	skala	Skor
Variabel Dependen					
1. Survey Surgical Safety Cultur oleh dokter					
Komitmen penggunaan SSC	Adalah pernyataan responden dalam berkomitmen menggunakan SSC untuk meningkatkan <i>Patient safety</i>	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.1-3	Cara penilaian : Sangat tidak setuju = 1 Tidak Setuju = 2 Setuju = 3 Sangat setuju = 4 Interprestasi : Baik = 45-60 Sedang = 30-44 Kurang = 15-29	Ordinal
Kerjasama antar tim bedah	Adalah pernyataan responden dalam penilaian kerjasama tim bedah untuk meningkatkan <i>Patient safety</i>	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.4-6	Cara penilaian : Sangat tidak setuju = 1 Tidak Setuju = 2 Setuju = 3 Sangat setuju = 4 Interprestasi : Baik = 45-60 Sedang = 30-44 Kurang = 15-29	Ordinal
Komunikasi antar rim bedah	Adalah pernyataan responden dalam penilaian komunikasi tim bedah untuk meningkatkan <i>Patient safety</i>	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.7-8	Cara penilaian : Sangat tidak setuju = 1 Tidak Setuju = 2 Setuju = 3 Sangat setuju = 4 Interprestasi : Baik = 45-60 Sedang = 30-44 Kurang = 15-29	ordinal

Komunikasi antar tim bedah	Adalah pernyataan responden dalam penilaian komunikasi tim bedah untuk meningkatkan <i>Patient safety</i>	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item, pernyataan merupakan pernyataan negative.	Lembar kuesioner no.7	Cara penilaian : ordinal Sangat tidak setuju = 4 Tidak Setuju = 3 Setuju = 2 Sangat setuju = 1 Interprestasi : Baik = 45-60 Sedang = 30-44 Kurang = 15-29
Pelaksanaan SSC	Adalah pernyataan responden dalam penilaian pelaksanaan SSC untuk meningkatkan <i>Patient safety</i>	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.9-12	Cara penilaian : Ordinal Sangat tidak setuju = 1 Tidak Setuju = 2 Setuju = 3 Sangat setuju = 4 Interprestasi : Baik = 45-60 Sedang = 30-44 Kurang = 15-29
Fasilitas peralatan	Adalah pernyataan responden dalam penilaian atas kelengkapan peralatan untuk meningkatkan <i>Patient safety</i>	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.13-14	Cara penilaian : Ordinal Sangat tidak setuju = 1 Tidak Setuju = 2 Setuju = 3 Sangat setuju = 4 Interprestasi : Baik = 45-60 Sedang = 30-44 Kurang = 15-29

Kepuasan	Adalah pernyataan responden atas kepuasan terhadap pelaksanaan SSC Di RSPS.	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.15	Cara penilaian : Sangat tidak setuju = 1 Tidak Setuju = 2 Setuju = 3 Sangat setuju = 4 Interprestasi : Baik = 45-60 Sedang = 30-44 Kurang = 15-29	ordinal
----------	---	--	------------------------	---	---------

2.Perilaku Patient Safety oleh Perawat

<i>Identify patient correctly</i>	Adalah pengalaman responden dalam meningkatkan ketelitian identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan pembedahan	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.1-4	Cara penilaian : Tidak pernah = 1 Jarang = 2 Sering = 3 Selalu = 4 Interprestasi : Baik = 16-20 Sedang = 11-15 Kurang = 5-10	Ordinal
<i>Improve Effective Communication</i>	Adalah pengalaman responden dalam meningkatkan efektifitas komunikasi baik lisan maupun telepon antar tim kesehatan dan pasien.	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 5 item	Lembar kuesioner no.5-9	Cara penilaian : Tidak pernah = 1 Jarang = 2 Sering = 3 Selalu = 4 Interprestasi : Baik = 16-20 Sedang = 11-15 Kurang = 5-10	ordinal
<i>Improve the safety of high alert medication</i>	Adalah pengalaman responden memperbaiki keamanan obat dan elektrolit konsentrat yang perlu diwaspadai (high alert) dengan cara pengelolaan obat dan penetapan lokasi	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 5 item	Lembar kuesioner no.10-14	Cara penilaian : Tidak pernah = 1 Jarang = 2 Sering = 3 Selalu = 4	Ordinal

Interprestasi :
 Baik = 16-20
 Sedang = 11-15
 Kurang = 5-10

<i>Ensure correct site, correct procedure, correct patient surgery</i>	Adalah pengalaman responden ,memastikan ketepatan pasien, lokasi, dan prosedur tindakan pembedahan menggunakan SSC yang ada	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.15-18	Cara penilaian : Tidak pernah = 1 Jarang = 2 Sering = 3 Selalu = 4	Ordinal
				Interprestasi : Baik = 16-20 Sedang = 11-15 Kurang = 5-10	
<i>Reduce the risk of health care associated infection</i>	Adalah pengalaman responden mengurangi resiko infeksi sebelum dan sesudah melakukan tindakan pembedahan. Contohnya hand hygiene.	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.18-22	Cara penilaian : Tidak pernah = 1 Jarang = 2 Sering = 3 Selalu = 4	Ordinal
				Interprestasi : Baik = 16-20 Sedang = 11-15 Kurang = 5-10	
<i>Reduce the risk of patient harm resulting from falls</i>	Adalah pengalaman responden mengurangi resiko jatuh pada pasien dengan mengobservasi keadaan pasien dan lingkungannya.	Penilaian menggunakan lembar kuesioner dengan skala likert sebanyak 4 item	Lembar kuesioner no.23-27	Cara penilaian : Tidak pernah = 1 Jarang = 2 Sering = 3 Selalu = 4	Ordinal
				Interprestasi : Baik = 16-20 Sedang = 11-15 Kurang = 5-10	
Observasi Pelaksanaan <i>Surgical Safety Checklist</i>					
<i>Sign in</i>	Adalah tahap yang dilakukan sebelum induksi anestesi, perawat secara <i>verbal</i>	Penilaian menggunakan lembar observasir dengan skala Guttman	Lembar kuesioner no.1-10	Cara penilaian : Ya = 2	Ordinal

	akan memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, alat medis pada pasien berfungsi	sebanyak 2 item		Tidak = 1	
				Interprestasi : Terlaksana = 47-62 Tidak terlaksana = 31-46	
<i>Time Out</i>	adalah tahap sebelum melakukan <i>incisi</i> pertama pada kulit tim mengkonfirmasi bahwa tim bedah melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar.	Penilaian menggunakan lembar observasir dengan skala Guttman sebanyak 2 item	Lembar kuesioner no.11-26	Cara penilaian : Ya = 2 Tidak = 1	Ordinal
				Interprestasi : Terlaksana = 47-62 Tidak terlaksana = 31-46	
<i>Sign out</i>	Konfirmasi sebelum meninggalkan kamar operasi tentang kelengkapan kasa, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani.	Penilaian menggunakan lembar observasir dengan skala Guttman sebanyak 2 item	Lembar kuesioner no.27-31	Cara penilaian : Ya = 2 Tidak = 1	ordinal
				Interprestasi : Terlaksana = 47-62 Tidak terlaksana = 31-46	

4.6 Pengumpulan dan Pengolahan data

4.6.1 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data (Notoatmojo, 2010). Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah lembar kuesioner.

4.6.1.1 Instrumen Survey *Surgical Safety Cultur* Dokter

Instrumen untuk mengukur perilaku *surgical safety* dokter dengan menggunakan instrumen berbentuk checklist tentang *surgical safety cultur* milik RS. *South Carolina* mengenai implementasi *SSC* (RS. *South Carolina*, 2011). Instrumen ini berisikan 14 pernyataan positif dengan nilai jawaban mempunyai nilai skoring berdasarkan skala Likert untuk sangat setuju (SS) = 4, Setuju (S) = 3, Tidak Setuju (TS) = 3, dan Sangat Tidak Setuju (STS) = 1, dan 1 pernyataan negatif pada nomor 7 yang diisi oleh dokter jawaban skoringnya adalah jawaban mempunyai nilai skoring berdasarkan skala Likert untuk sangat sangat setuju (SS) = 1, Setuju (S) = 2, Tidak Setuju (TS) = 3, dan Sangat Tidak Setuju (STS) = 4. Jawaban dari instrumen adalah sangat setuju (SS), Setuju (S), tidak setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS).

4.6.1.2 Instrumen perilaku *Patient safety* Perawat

Instrumen ini berbentuk checklist tentang perilaku *patient safety* oleh perawat di kamar operasi yang diambil dari instrumen pelaksanaan variabel standart *IPSG* dari JCI 2010 yang diisi oleh perawat. Instrumen ini terdiri dari 28 item penilaian berisikan 28 pernyataan positif yang terbagi menjadi 6 penilaian terhadap *Identify patient correctly, improve effective communication, improve the*

safety of high alert medications, ensure correct site, correct procedure, correct pasien surgery, reduce the risk of health care – associated infections dan reduce the risk of patient harm resulting from falls. Tiap item terdiri dari 4 penilaian, yaitu nilai 1 untuk tidak pernah dilaksanakan, nilai 2 jarang dilaksanakan, nilai 3 sering dilaksanakan dan nilai 4 untuk selalu dilaksanakan. Sebagai deskripsi hasil skor penilaian baik = 101-140, sedang = 61-100, kurang = 20-60.

Uji validitas telah dilakukan Dwiningsih Ida (2012), dengan menggunakan tehnik korelasi Pearson Product Moment, yaitu suatu variabel dinyatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya dengan cara membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung, apabila nilai r hasil (hitung) lebih besar dari tabel maka pernyataan tersebut adalah valid.

4.6.1.3 Lembar observasi Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*

Untuk lembar observasi pelaksanaan *SSC* disadur dari lembar *SSC* yang berlaku di RS.Premier Surabaya (2011). Lembar yang digunakan adalah lembar *Surgical Safety Checklist* menurut WHO (2009) dengan menggunakan skala Guttman dimana jika diimplementasi poin 2 untuk ya (dilaksanakan), dan 1 untuk tidak (tidak dilaksanakan).

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan pada 04 - 07 Februari 2014 di kamar operasi RS. Premier Surabaya.

4.6.3 Prosedur pengumpulan data

Proses pengambilan data dan pengumpulan data diperoleh setelah mendapatkan ijin dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan ijin dari Direktur RS. Premier Surabaya sehingga dapat mengadakan penelitian. Langkah awal pengumpulan data adalah menyeleksi calon responden yang telah memenuhi syarat inklusi, peneliti menjelaskan tujuan, menjelaskan prosedur dan memberikan *informed consent* kepada responden. Setelah responden menyetujui dan menandatangani *informed consent*, peneliti mengajukan kontrak waktu dengan responden tentang pelaksanaan pengumpulan data. Responden adalah responden dokter dan perawat. Pengisian kuesioner dilakukan pada waktu dan tempat yang berbeda disesuaikan dengan kondisi kamar operasi sehingga tidak mengganggu operasional kamar operasi di tempat penelitian.

Pada responden dokter sebelum melakukan pembedahan peneliti melakukan pendekatan personal kepada responden untuk tanda tangan surat persetujuan kesediaan menjadi responden dan dilakukan observasi pelaksanaan SSC, kemudian pada saat penulisan laporan operasi diberikan kuesioner.

Pada responden perawat, ada beberapa kelompok perawat yang bisa dikumpulkan menjadi satu pada saat tidak operasi untuk diberikan penjelasan dan cara pengisian, dan beberapa perawat karena kondisi kamar operasi dalam pengisian kuesioner didampingi peneliti.

Proses pengumpulan data, peneliti memberikan kuesioner yang diisi oleh perawat dan dokter bedah di RS. Premier Surabaya dengan pendekatan personal pada tanggal 04 – 07 Februari 2014, dengan memberikan informasi cara pengisian

kuesioner dan melakukan observasi pelaksanaan SSC pada tindakan pembedahan dimana responden menjadi tim bedah di kamar operasi RSPS.

4.6.4 Analisis Data

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut :

1. *Editing* dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah terisi lengkap atau masih kurang lengkap.
2. *Coding* yaitu mengklasifikasikan jawaban dari responden menurut macamnya dan memberi kode pada masing masing jawaban menurut item kuesioner.
3. *Entry* yaitu data yang telah *dicoding* ke dalam tabel atau computer.
4. *Cleaning* yaitu menyiapkan data agar pada saat analisis, bebas dari kesalahan.
5. *Analisis* data yang telah terkumpul dalam penelitian ini kemudian dilakukan tabulasi,
6. Menerapkan data sesuai dengan pendekatan penelitian melalui rumusan *Uji Chi-Square* untuk menganalisis hubungan korelasi setiap variabel yang terdapat dalam hubungan pelaksanaan SSC terhadap perilaku pencegahan adverse event di kamar operasi RSPS.
7. Menguji hipotesis dan membuat pembahasan serta kesimpulan berdasarkan hasil data analisis tersebut

4.7 Etik Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan subyek penelitian perawat dan dokter di kamar RS. Premier Surabaya sehingga dalam melakukan penelitian ini peneliti mendapatkan rekomendasi dari Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, kemudian dilanjutkan

dengan mengajukan permohonan ijin kepada Direktur RS. Premier Surabaya, Kepala Keperawatan, dan Kepala Kamar operasi.

4.7.1 Lembar persetujuan (*informed consent*)

Meminta persetujuan dari subyek yang akan diteliti, dengan tujuan agar subyek mengetahui maksud dan tujuan penelitian jika subyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika tidak bersedia peneliti harus tetap menghormati hak hak responden.

4.7.2 Tanpa nama (*anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak mencatumkan nama subyek pada lembar observasi. Lembar tersebut hanya diberi kode nomor tertentu.

4.7.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh penelitian. dan hanya akan disajikan pada kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian tersebut.

4.8 Keterbatasan

Dalam penelitian ini banyak kekurangan atau keterbatasann sehingga hasil penelitian masih jauh dari sempurna. Keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

1. Kemampuan peneliti yang masih sangat terbatas dalam bidang riset, karena pada penelitian ini merupakan penelitian yang pertama bagi peneliti.
2. Pengumpulan data dalam bentuk kuesioner memungkinkan responden menjawab tidak jujur.

3. Responden dokter yang bersedia berpartisipasi tidak memiliki waktu yang banyak, sehingga pengumpulan data pada responden dokter mungkin kurang.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini akan disajikan hasil pengumpulan data dari kuesioner pada perawat dan dokter, dan hasil observasi pelaksanaan *surgical safety checklist* di kamar operasi RS. Premier Surabaya (RSPS). Pengambilan data dilakukan pada tanggal 04 – 07 Februari 2014. Total kuesioner yang dibagikan adalah 40 lembar terdiri 23 lembar kuesioner untuk perawat dan 17 lembar kuesioner untuk dokter. Seluruh data kuesioner yang diperoleh dianalisis dengan menggunakan analisis statistik non parametrik.

Penyajian data umum mengenai karakteristik responden meliputi peranan responden dalam pelaksanaan SSC, profesi utama responden, lama bekerja di kamar operasi, umur responden dan jenis kelamin. Penyajian data khusus meliputi perilaku *surgical safety culture* oleh dokter dan perilaku *patient safety* oleh perawat dan observasi pelaksanaan SSC terhadap perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

RS. Premier Surabaya (RSPS) adalah sebuah fasilitas layanan kesehatan yang mulai beroperasi pada tanggal 16 Maret 1998. RSPS merupakan bagian dari Ramsay *Health care Australia*, kantor induk RSPS, berada di Jakarta yakni Ramsay *Health Indonesia* yang memiliki dua RS lain, yaitu RS.Premier Jatinegara dan RS. Premier Bintaro.

Awal mula RSPS bernama *HCoS (Health Care of Surabaya)* dibawah naungan PT. *HCoA (Health Care of Ausrtralia)*, kemudian manajemen berganti menjadi *Afinity* dan rumah sakit berganti nama menjadi *Rumah Sakit Surabaya Internasional (RSSI)*, dan sekarang dibawah naungan *Ramsay* nama rumah sakit menjadi *Rumah Sakit Premier Surabaya (RSPS)*. Saat ini RSPS beroperasi dengan jumlah 168 tempat tidur, berada di lokasi yang tenang dan nyaman di bagian Timur Surabaya, di Jl. Nginden Intan Barat Blok B Surabaya 60118 Jawa Timur Surabaya.

RSPS adalah sebuah fasilitas kesehatan dan pengobatan modern yang didirikan untuk warga Surabaya dan sekitarnya. RSPS hadir untuk memberikan pelayanan kesehatan dan pengobatan berkualitas tinggi, beroperasi dibawah manajemen *RHCA*.

RSPS telah mendapat sertifikat dari *Joint Commission International (JCI)* dimana ada 1218 parameter yang terbagi dalam 14 standart besar pengelolaan rumah sakit, di RSPS telah memenuhi standart yang ditetapkan secara internasional. Sertifikat JCI ini diperbarui setiap 3 tahun, jika rumah sakit tidak dapat mempertahankan mutu rumah sakit maka sertifikat ini dicabut kembali.

Pelayanan di RS.Premier Surabaya

RSPS mempunyai 14 instalasi dan telah mendapatkan akreditasi 16 bidang pelayanan. RSPS mempunyai 557 sumber daya manusia (SDM), dengan komposisi sebagai berikut 225 orang keperawatan, 80 orang penunjang medis, dan 222 orang non medis. Pelayanan di RSPS terbagi menjadi instalasi rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, bedah sentral, pulih sadar, CSSD, endoskopi,

hemodialisis, kateterisasi jantung dan pembuluh darah, farmasi, radiologi, laboratorium patologi, pemeliharaan sarana non medik (*Engineering*), pemeliharaan sarana medik (*Biomed*), *laundry*, penyediaan makanan (*F&B departement*), *medical cek up*, pengolahan limbah cair (STP).

Instalasi rawat jalan terdiri dari 22 poliklinik, instalasi rawat inap terdiri dari 6 ruangan : ruang *general* (rawat inap kasus penyakit dalam dan bedah), ruang *medical* (rawat inap kasus penyakit dalam), ruang *pediatric- surgical* (rawat inap kasus penyakit bedah dan anak-anak), ruang *obstetric- ginekologi*, ruang perawatan *intensive* (CCU), ruang perawatan *intensive bayi* (NICU), ruang perawatan *high care unit* (HCU) .

Pengendalian infeksi terutama infeksi nosokomial di RSPS menjadi prioritas yang menjamin pelayanan diberikan secara higienis. *Infection control* RSPS setiap tahunnya di audit oleh *Hospital Infection Control Managemen Research* (HICMR) selalu memberikan hasil yang baik.

Gambaran tempat penelitian kamar operasi RS.Premier Surabaya

RSPS memiliki 3 kamar operasi dengan 1 ruang pemulihan, *Central Sterile Supply Department* (CSSD) dan 1 ruang endoskopi dibawah tanggung jawab *Nurse Unit Manager* (NUM) kamar operasi. Manajemen RSPS menjembatani pelaksanaan *surgical safety checklist* (SSC) dengan sebuah komitmen bersama para dokter bedah dan dokter anestesi untuk menandatangani kesediaan penggunaan *surgical safety checklist* pada setiap pembedahan dengan sebuah papan besar bertuliskan "*No time out, means no surgeries & no interventional procedures*" kemudian papan ini dipajang di depan kamar operasi

untuk menjaga dan mengingatkan para dokter telah menanda tangani komitmen bersama tersebut, sehingga tidak ada alasan untuk dokter menolak pelaksanaan SSC pada pembedahan yang akan dilakukan. Panduan pelaksanaan *surgical safety checklist (SSC)* dan kebijakan RSPS menjadi dasar bahwa perawat kamar operasi sebagai karyawan RSPS wajib melaksanakan SSC pada setiap pembedahan dan atau prosedur medis. Lembar implementasi SSC yang digunakan RSPS disadur dari SSC menurut WHO (2009), dimana masing masing tahap SSC harus ditandatangani perawat pelaksana, setiap bulan bagian QMR rutin melakukan audit pelaksanaan SSC ini dan manajemen selalu memastikan tersedianya lembar SSC dan mengikuti perkembangan terkini jika ada perubahan berarti pada lembar checklist ini.

Kamar operasi RSPS melayani bedah *obstetric- ginekologi, orthopedic, neuro, plastic, digestive, pediatric, urology, head and neck, vaskuler, jantung* dan bedah *onkology*. Untuk tahun 2014 peralatan penunjang lebih fokus pada pengadaan bedah jantung , bedah *neuro* untuk tumor otak, dan *orthopedi* dengan lebih dilengkapi alat *ultrasonic* khusus bedah.

Kamar operasi RSPS memiliki 28 karyawan dibawah Nurse Unit Manager (NUM) dengan komposisi 18 perawat bedah, 7 diantaranya telah mengikuti pelatihan sebagai perawat endoscopi, 6 perawat anestesi tetapi 1 perawat anestesi masih dalam masa orientasi, 3 asisten perawat dan 1 orang staff admistrasi. 18 perawat bedah ini terbagi menjadi 8 perawat senior, 10 perawat junior yang semuanya telah memiliki masa kerja lebih dari 1 tahun. 5 dari 10 perawat junior telah bekerja selama lebih 3 tahun sehingga telah mengikuti operasi golongan besar. Semua perawat kamar operasi adalah pelaku peran yang bertanggung jawab

melaksanakan SSC. Pelaksanaan SSC secara rutin dilakukan *reedukasi* dalam *in house training* sesuai buku pedoman yang berlaku dengan harapan pelaksanaan di lapangan memperoleh hasil 100 % sempurna baik dalam tahap *sign in*, *time out* maupun *sign out*.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini yaitu dokter bedah, dokter anestesi yang telah berpartisipasi menanda tangani papan komitmen pelaksanaan SSC dan perawat di kamar operasi RSPS. Karakteristik berupa data demografi dari responden yaitu umur, jenis kelamin dan lama bekerja di kamar operasi RSPS. Analisis statistika deskriptif yang peneliti tampilkan, berdasarkan data demografi, yang merupakan langkah awal yang dilakukan sebelum melakukan analisis yang lebih lanjut.

Data karakteristik responden (dokter dan perawat) didapatkan melalui pengisian kuesioner, untuk responden dokter dilakukan pendekatan personal pada saat responden akan melakukan operasi sesuai jadwal yang ada di kamar operasi dan kuesioner diisi setelah responden selesai operasi. Kuesioner untuk responden perawat beberapa dikumpulkan untuk diberikan penjelasan pengisian dan permintaan kesediaan menjadi responden di tempat penelitian, beberapa dilakukan secara personal oleh peneliti tanpa bantuan tim menyesuaikan kondisi kamar operasi.

Data karakteristik responden dokter dan perawat yang diperoleh dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 5.1 Karakteristik dokter (n=17) dan perawat (n=23) di kamar operasi RSPS pada tanggal 04-07 Februari 2014.

No	Karakteristik Responden	Dokter		Perawat		
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
1	Umur	18-25 tahun	0	0,00	9	39,13
		26-35 tahun	2	11,76	8	34,78
		36-45 tahun	4	23,53	4	17,39
		45-55 tahun	9	52,94	2	8,70
		>55 tahun	2	11,76	0	0,00
Jumlah total responden		17	100	23	100	
2	Jenis kelamin	Laki-laki	14	82,35	3	13,04
		Perempuan	3	17,64	20	86,95
		Jumlah total responden	17	100	23	100
3	Jenis profesi	Bedah	15	88,23	18	78,26
		Anestesi	2	11,76	5	21,73
		Jumlah total responden	17	100	23	100
4	Masa kerja	< 1 tahun	0	0,00	0	0,00
		1-5 tahun	2	11,76	9	39,13
		6-10 tahun	1	5,88	2	8,70
		> 10 tahun	14	82,35	12	52,17
		Jumlah total responden	17	100	23	100
5	Spesialisasi	Orthopedi	2	11,76	0	0,00
		Neuro	2	11,26	0	0,00
		Jantung	0	0,00	0	0,00
		Vaskular	0	0,00	0	0,00
		Pediatric	1	5,88	0	0,00
		THT	1	5,88	0	0,00
		Plastik	3	17,64	0	0,00
		Urology	0	0,00	0	0,00
		Obgyn	4	23,52	0	0,00
		Digestive	1	5,88	0	0,00
		Head & neck	1	5,88	0	0,00
		Anestesi	2	11,76	0	0,00
		Jumlah total responden		17	100	0

Tabel 5.1 di halaman depan menerangkan tentang distribusi data demografi responden yaitu dokter dan perawat di kamar operasi RSPS. Total responden terdiri dari 17 responden dokter dan 23 responden perawat, yang diambil pada tanggal 04 Februari 2014 dengan penjelasan distribusi karakteristik responden sebagai berikut:

Data demografi berdasar usia dokter yang berjumlah 17 responden, mayoritas responden berumur 45-55 tahun (52,94%), 4 responden berumur 36-45 tahun (23,53%), 2 responden berumur 26-35 tahun (11,76%), dan 2 responden berumur >55 tahun (11,76%). Distribusi responden perawat berdasar usia, sebagian besar responden berusia 18-25 tahun, dan paling sedikit dari kelompok usia 18-25 tahun terdapat 2 responden (8,70%).

Data responden dokter berdasarkan jenis kelamin responden (n=17) adalah mayoritas laki laki 14 responden (82,35%) dan sisanya 3 responden perempuan (17,64%). Data responden perawat, responden laki laki sejumlah 3 perawat (13,04%), dan mayoritas perempuan sebanyak 20 perawat (86,95%).

Distribusi responden berdasarkan jenis profesi responden (n=17) 15 responden (18%) adalah dokter bedah dan 2 responden (11,76%) adalah dokter anestesi. Distribusi responden perawat (n=23) berdasarkan pada spesialisasi, terdapat 18 perawat bedah (78,26%) dan 5 responden adalah perawat anestesi (21,7%).

Data distribusi responden berdasarkan masa kerja dokter (n=17), mayoritas, 14 responden mempunyai masa kerja diatas 10 tahun yaitu sebesar (82,35%) dan 2 responden (11,76%) dengan masa kerja 1-5 tahun, dan 1 responden (5,88%) dengan masa kerja 6-10 tahun. Kelompok perawat berdasarkan masa kerja, 12

perawat memiliki masa kerja lebih dari 10 tahun (52,22%), 9 perawat (39,13%) masa kerja 1-5 tahun dan 2 perawat (8,70%) masa kerjanya.

Distribusi responden berdasarkan spesialisasi dokter, orthopedic, neuro, dan anestesi masing masing masing masing 2 responden (11,76%), spesialis pediatric, THT, digestive dan head and neck masing masing 1 responden untuk bedah plastic masing masing 3 responden (17,64%) dan dari obgyn ada 4 responden (23,52%).

5.1.3 Perilaku *Surgical safety culturee* oleh dokter

Gambaran distribusi hasil pengumpulan data dengan kuesioner variabel *surgical safety culture* yang dilakukan dokter dapat dilihat pada halaman lampiran 14, dengan data yang telah dilakukan pengolahan diperoleh kategori yang dijelaskan dalam tabel dibawah ini.

Tabel 5.2 tabel kategori perilaku pencegahan adverse event: perilaku *surgical safety culturee* dokter di kamar operasi RSPS pada tanggal 04-07 Februari 2014

Kategori	Σ	%
Responden dokter (n=17)		
Baik (46-45)	15	88,2
Sedang (31-45)	2	11,8
Kurang (15-30)	0	0,00

Tabel 5.2 menunjukkan responden berdasarkan kategori, responden dokter dalam kategori baik 88,2 %, sedang 11,8 %, dan pada kategori kurang 0%.

5.1.4 Perilaku *patient safety* sesuai standart IPSG dari JCI oleh perawat

Gambaran distribusi hasil pengumpulan data dengan kuesioner pada variabel standart IPSG dapat dilihat tabel pada lampiran 15. Distribusi kuesioner pelaksanaan standart IPSG untuk perawat dari JCI di kamar operasi RS. Premier Surabaya (n=23), dilaksanakan pada tanggal 04-07 Februari 2014, Pengolahan data setelah dilakukan analisa dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 5.3 Kategori pelaksanaan program *patient safety* sesuai standart IPSG dari JCI di kamar operasi RS.Premier Surabaya pada tanggal 04-07 Februari tahun 2014

Enam Standart <i>Patient Safety</i> dari JCI	Jumlah Perawat	
	Frekuensi	%
<i>Identify patient correctly</i>		
Kurang	0	0,00
Sedang	0	0,00
Baik	23	100,00
<i>Improve Effective Communication</i>		
Kurang	0	0,00
Sedang	1	4,35
Baik	22	95,65
<i>Improve the safety of high alert medication</i>		
Kurang	0	0,00
Sedang	1	4,35
Baik	22	95,65
<i>Ensure correct site, correct procedure, correct patient surgery</i>		
Kurang	0	0,00
Sedang	0	0,00
Baik	23	100,00
<i>Reduce the risk of health care associated infection</i>		
Kurang	0	0,00
Sedang	0	0,00
Baik	23	100,00
<i>Reduce the risk of patient harm resulting from falls</i>		
Kurang	0	0,00
Sedang	2	8,70
Baik	21	91,30

Informasi yang didapat dari tabel 5.3 diatas dominasi kategori baik dalam melaksanakan program *patient safety* adalah pada item *Identify patient correctly*, *Ensure correct site, correct procedure, correct patient surgery* dan *Reduce the risk of health care associated infection* mencapai 100 % semua (23 perawat).

Item *Improve Effective Communication* dan pada *Improve the safety of high alert medication* masing masing 1 perawat dalam kategori sedang (4,35%) dan 22 perawat kategori baik (95,65%). Item *Reduce the risk of patient harm resulting from falls*, 2 perawat (8,70%) dalam kategori sedang, sedangkan 21 perawat (91,30%) lainnya dalam kategori baik.

Tabel 5.3 Tabel prosentasi jumlah perawat berdasarkan skor perilaku *patient safety* oleh perawat diatas, menjelaskan terdapat 5 responden (21,7 %) perawat dalam kategori sedang dan 18 responden (78,3%) dalam kategori baik.

Tabel prosentasi perilaku pencegahan *adverse event* : perilaku *surgical safety culture* dokter dan perilaku *patient safety* perawat sesuai dengan kategorinya diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 5.4 tabel kategori perilaku pencegahan *adverse event*: perilaku *patient safety* perawat di kamar operasi RSPS pada tanggal 04-07 Februari 2014

Kategori	Σ	%
Responden perawat (n=23)		
Baik (110-140)	18	78.3
Sedang (61-100)	5	21.7
Kurang (20-60)	0	0,00

Tabel 5.4 menunjukkan berdasarkan jawaban responden kemudian dimasukkan dalam kategori penilaian 78,3% perawat dalam kategori baik, 21,7% sedang dan 0% kurang.

5.1.5 Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*

A. Uji Normalitas

Data yang diperoleh sebelum diujikan ke uji lebih lanjut, di uji menggunakan Kolmogorrov – Smirnov Z test untuk menentukan kenormalan data. Hasil dari uji normalitas Kolmogorrov – Smirnov Z test menentukan penelitian dengan variabel kategori I dan kategori II pada penelitian menggunakan uji statistik non parametrick (Fisher Exact)

Tabel 5.5 Uji Normalitas hubungan antara perilaku *surgical safety* oleh dokter dengan pelaksanaan SSC

Variabel	Nilai Kolmogorrov – Smirnov Z	Nilai signifikan perhitungan	Keterangan
Perilaku <i>Surgical safety</i>	2.147	.000	Tidak Normal
Pelaksanaan SSC	2.147	.000	Tidak Normal

Tabel 5.6 Uji Normalitas hubungan antara perilaku *patient safety* oleh perawat dengan pelaksanaan SSC

Variabel	Nilai Kolmogorrov – Smirnov Z	Nilai signifikan perhitungan	Keterangan
Perilaku <i>Patient Safety</i>	2.147	.000	Tidak Normal
Pelaksanaan SSC	2.147	.000	Tidak Normal

Perhitungan non parametrik, nilai Kolmogorrov – Smirnov Z sebesar 2.147 dengan nilai signifikan perhitungan sebesar 0.000. Hasil analisis data penelitian diatas nilai signifikan Nilai Kolmogorrov – Smirnov Z sebesar $0.000 < 0,05$ dengan demikian H_0 ditolak yang artinya data perilaku *surgical safety culture* dan distribusi pelaksanaan SSC tidak normal.

B. Analisis Data

Pelaksanaan *surgical safety checklist* pada penelitian ini dilakukan dengan observasi sesuai dengan operator dan perawat yang telah dilakukan penyebaran kuesioner selama periode penelitian. Hasil observasi pelaksanaan SSC di kamar operasi RSPS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

tabel 5.7 Tabel observasi pelaksanaan *surgical safety checklist* di kamar operasi RSPS pada tanggal 04-07 februari 2014

Kategori responden	Kategori pelaksanaan SSC			Prosentasi
	baik	sedang	kurang	
a. <i>Surgical safety culture</i> dokter :				
Baik	15	0	0	88,2
sedang	0	2	0	11,8
kurang	0	0	0	0,00
b. Perilaku <i>Patient Safety</i> Perawat				
baik	21	0	0	91,30
sedang	0	2	0	8,70
kurang	0	0	0	0,00

Tabel 5.7 diatas mengenai tabel observasi pelaksanaan SSC di kamar operasi RSPS pada dokter yang telah diberikan kuesioner, dokter dengan total skor kategori sedang sebanyak 2 responden (11,8%) dalam observasi tidak lengkap melaksanakan SSC artinya pada *sign in* dan *time out* semua terlaksana tetapi *sign out* tidak terlaksana lengkap, dan sisanya 15 responden (88,2%) melaksanakan SSC secara lengkap dan untuk perawat 2 responden (8,70%) tidak melaksanakan lengkap dan 21 (91,30%) responden. SSC merupakan satu kesatuan antara *sign in*, *time out*, *sign* dan *out* maka dalam pelaksanaannya jika salah satu tidak terlaksana tergantung skoring yang ditentukan dianggap tidak melakukan SSC.

Tabel 5.8 Tabel observasi hubungan perilaku *surgical safety culture*: dokter dengan pelaksanaan SSC di kamar operasi RSPS tanggal 04-07 Februari 2014 (n=17)

	Perilaku Pencegahan <i>Adverse Event</i>			Σ	%
	baik	sedang	kurang		
baik	15	0	0	15	88,2
sedang	0	2	0	2	11,2
kurang	0	0	0	0	0,00
Uji statistik : <i>Fisher exact</i> p = 0.007					

Berdasarkan tabel 5.8 diatas didapatkan data 11,8% responden dengan kategori perilaku pencegahan *adverse event* “sedang”, dalam observasi pelaksanaan SSC juga kurang lengkap (sedang). Hubungan antara dua variable dilakukan uji statistik *Fisher exact* didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event: surgical safety culture* oleh dokter. Uji statistik ini membuktikan bahwa H1 diterima jika nilai signifikan exact dari *Fisher's exact test* lebih kecil dari taraf signifikan 0,05 atau 5 %, dengan demikian hipotesis H1 diterima artinya terdapat hubungan pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event* : perilaku *surgical safety* oleh dokter di kamar operasi pada dokter.

Tabel 5.9 Tabel observasi hubungan perilaku *patient safety* : perawat dengan pelaksanaan SSC di kamar operasi RSPS pada tanggal 04-07 Februari 2014 (n=23)

Pelaksanaan SSC	Perilaku Pencegahan <i>Adverse Event</i>			Σ	%
	baik	sedang	kurang		
baik	18	0	0	18	78,3
sedang	0	5	0	5	21,7
kurang	0	0	0	0	0,00
Uji statistik : <i>Fisher exact</i> p = 0.001					

Berdasarkan tabel 5.9 diatas didapatkan data 21,7% responden dengan kategori perilaku pencegahan *adverse event* “sedang”, dalam observasi pelaksanaan SSC juga kurang lengkap (sedang). Kedua tabel pada perilaku pencegahan *adverse event* didapatkan data yang sama dimana responden dengan perilaku baik pada pelaksanaan SSC melaksanakan dengan lengkap dan pada kategori sedang pada proses *sign out* belum terlaksana dengan lengkap. Hubungan antara dua variable dilakukan uji statistik fisher exact didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event*: perilaku patient safety oleh perawat. Uji statistik ini membuktikan bahwa H1 diterima jika nilai signifikan exact dari *Fisher's exact test* lebih besar dari taraf signifikan 0,05 atau 5 %, dengan demikian hipotesis H1 diterima artinya terdapat hubungan pelaksanaan SSC terhadap perilaku pencegahan *adverse event* : perilaku *patient safety* oleh perawat.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Hubungan pelaksanaan *surgical safety checklist* dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS.Premier Surabaya.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan pelaksanaan *surgical safety checklist* (SSC) dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS.Premier Surabaya, ditandai dengan *p value* hubungan pelaksanaan *surgical safety* dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi sebesar 0.007 pada responden dokter dan 0,001 pada responden perawat. Perilaku pencegahan *adverse event* yang dimaksud adalah *perilaku surgical safety* oleh operator (dokter bedah dan dokter anestesi) dan perilaku *patient safety* (perawat di kamar operasi).

Surgical Safety Checklist (SSC) dalam pengertiannya adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. SSC merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi berupa media tertulis (Tirtabayu, 2012). Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari periode sebelum induksi anestesi, periode sebelum insisi kulit dan periode sebelum pasien meninggalkan kamar operasi sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Tirtabayu, 2012). SSC menurut WHO (2009) terbagi dalam 3 tahap, yaitu : tahap *sign in*, *time out* dan *sign out*.

Tahap *sign in* adalah tahap sebelum induksi anestesi, dimana perawat secara *verbal* akan memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, alat medis *oksimeter pulse* pada pasien berfungsi. Tahap *time out* adalah dimana tim bedah memastikan bahwa semua orang di ruang operasi sesuai dengan peran masing - masing, dibacakan sebelum melakukan insisi pertama pada kulit, tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras bahwa tim bedah melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Tahap *sign out* adalah tahap tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan.

Layanan kesehatan khususnya pembedahan memprioritaskan program *patient safety* yang salah satu program dasarnya adalah menekan atau menurunkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). IKP sendiri adalah suatu kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm atau cedera yang

tidak seharusnya terjadi (KKP-RS, 2008). IKP ini sendiri terdiri atas Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event (AE)* dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *near miss* termasuk kejadian sentinel atau *sentinal event*. KTD atau *Adverse Event (AE)* adalah suatu insiden yang mengakibatkan *harm* atau cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang dapat dicegah (KKP-RS, 2008).

Peraturan Menteri Kesehatan nomor.1691/menkes/per/VIII/2011 menjelaskan bahwa sebuah RS harus menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien didalam proses penandaan, menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat pre operasi bahwa tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat dan fungsional. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum insisi atau *time out* tepat sebelum dimulainya suatu prosedur atau tindakan pembedahan dan RS juga harus membuat kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan diluar kamar operasi. Materi ini dalam sebuah rumah sakit harus ada dan dilengkapi dengan adanya kebijakan dan SPO mengenai proses tersebut.

Penelitian yang sudah membuktikan adanya hubungan pelaksanaan *surgical safety checklist (SSC)* dengan perilaku pencegahan *adverse event* (KTD, KNC dan KS) di kamar operasi RS.Premier Surabaya menunjukkan bahwa

SSC sebagai media komunikasi efektif yang tertulis berbasis bukti memastikan keamanan pasien yang akan menjalani pembedahan. RSPS sesuai dengan permenkes nomor.1691/menkes/per/VIII/2011 telah memberikan fasilitas penunjang dengan membuat SPO penandaan yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dengan penanda yang tidak bisa hilang pada proses desinfeksi. RS juga telah menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat pre operasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat dan fungsional. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum insisi atau *time out* tepat sebelum dimulainya suatu prosedur atau tindakan pembedahan membuat kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan diluar kamar operasi. Materi ini dalam sebuah RS dengan adanya kebijakan dan SPO proses tersebut.

Pelaksanaan SSC yang berisi seluruh keamanan bagi pasien dapat mencegah terjadinya *adverse event* (AE) yang terdiri atas KTD, KNC dan KS. Tanda pada lokasi pembedahan memastikan bahwa operasi tidak dilakukan pada tempat yang salah, informasi dalam *sign in* dan *time out* juga mengantisipasi kemungkinan terjadinya hal yang tidak diinginkan pada pasien sesuai dengan kondisi fisiknya sebelum operasi. Informasi perawatan dan penunjang lainnya pada tahap *sign out* juga penting setelah pembedahan dilakukan sehingga bahaya *adverse event* dapat dihindari, hal ini sesuai permenkes nomor.1691/menkes/per/VIII/2011 RSPS memberikan dukungan penuh dengan

menyediakan fasilitas lembar *checklist* sesuai dengan WHO (2009), membuat suatu kebijakan dan panduan pelaksanaan SSC, membuat satu papan komitmen pelaksanaan SSC yang ditandatangani semua dokter bedah dimana papan tersebut bertuliskan "*no time out, means, no surgeries and no interventional procedures*". Sehingga jelas pelaksanaan SSC yang memuat informasi penting pasien sebelum operasi dan memastikan fasilitas penunjang tersedia mencegah terjadi *adverse event*. Insiden keselamatan Pasien (IKP) yang minimal bahkan diupayakan untuk 0 kejadian (tidak ada) merupakan harapan semua rumah sakit dimana hal ini merupakan jaminan bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman.

5.2.2 Hubungan perilaku *patient safety: surgical safety* oleh dokter dalam pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS.Premier Surabaya.

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan perilaku *surgical safety* dokter dalam pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS.Premier Surabaya dibuktikan dengan uji statistic *Fisher's exact test* lebih besar (0.007) yang membuktikan bahwa H1 diterima jika nilai *signifikan exact* dari taraf signifikan 0,05 atau 5 %. Penelitian menunjukkan 88,2 % dokter dalam perilaku *surgical safety* kategori baik dalam pelaksanaan SSC juga lengkap melaksanakan dari tahap *sign in, time out, sign out*, sedang 11, 2 % responden dalam kategori sedang dalam pelaksanaannya pada tahap *sign out* tidak lengkap.

Ajzen (2005) mendefinisikan perilaku sebagai suatu tindakan, sikap, terhadap tindakan berkaitan dengan dampaknya, nilai yang terkait dengan

tindakan, etika dan tradisi niat. Dokter sebagai operator pembedahan dan dokter anestesi sebagai penanggung jawab keadaan pasien selama diberikan pembiusan dalam pelaksanaan SSC dijelaskan pada *sign in* mengkonfirmasi resiko pasien apakah pasien ada resiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, dan reaksi alergi. (Tirtabayu, 2012). *Sign in* memastikan resiko dan antisipasinya sebelum tindakan dan pembiusan dilakukan. *Time out* adalah tahap konfirmasi operator dan tim bedah melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar memastikan antibiotik *profilaksis* telah diberikan 60 menit sebelumnya, gula darah terkendali, pencukur area operasi dan perlu tidaknya penghangat diberikan pada pasien. (Tirtabayu, 2012). *Sign out* adalah tahap konfirmasi kelengkapan kasa, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani beserta manajemen *post* operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (Tirtabayu, 2012).

Pelaksanaan *surgical safety checklist* terhadap perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi telah tertuang dalam peraturan permenkes nomor 1691/MENKES/PER/VII/2011 tentang keselamatan pasien RS terutama pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) SKP ke IV yang menjabarkan tentang ketepatan lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.

Manajemen RSPS telah memberikan fasilitas penuh berupa panduan pelaksanaan SSC, panduan identifikasi pasien dan fasilitas penunjang lainnya untuk menghindari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse event (AE)* dan untuk memfasilitasi terwujudnya *surgical patient safety* sesuai peraturan permenkes nomor 1691/MENKES/PER/VII/2011 tentang keselamatan pasien RS terutama pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) SKP ke IV. RSPS juga telah

memberikan pelatihan baik dengan *in house training* maupun *eksternal training* untuk memperbarui pengetahuan tenaga kesehatan tentang *patient safety*, dan seharusnya dibarengi dengan suatu hasil yang baik.

Perilaku *surgical safety* yang diberikan dokter dihubungkan dengan pendapat Ajzen (2005), bahwa perilaku sebagai suatu tindakan, sikap, terhadap tindakan berkaitan dengan dampaknya, nilai yang terkait dengan tindakan membuktikan kebenaran definisi ini, bahwa dokter yang telah paham arti *surgical safety* dan menerapkan dalam pekerjaan dampak yang didapat adalah keamanan pembedahan, sehingga *adverse event* (KTD, KNC dan KS) tidak terjadi.

Proses pelaksanaan SSC ini sangat didukung dengan perilaku *patient safety* oleh dokter dalam melakukan *surgical safety*, karena perilaku *surgical safety* sendiri merupakan komponen dari program *patient safety* guna mewujudkan *zero point adverse event* di kamar operasi RS. Premier Surabaya.

Penelitian menunjukkan 11,8% dokter dalam pelaksanaan SSC melaksanakan dengan tidak lengkap adalah responden dengan karakteristik umur antara 26-35 tahun dengan masa kerja 1-5 tahun. Berdasarkan tingkat umur dan masa kerja responden memungkinkan komitmen terhadap pekerjaan belum dilaksanakan dengan baik terkait kurangnya pengetahuan atas manfaat dan tujuan SSC. Dalam pelaksanaan SSC perilaku yang diterapkan tidak disertai sikap (*attitude*) dan tindakan yang baik. Perilaku yang didasari sikap yang baik dalam pelaksanaan SSC memberi jaminan kepada pasien bahwa apa akan dilakukan adalah benar aman untuk pasien, sehingga *adverse event* tidak terjadi.

5.2.3 Hubungan perilaku *patient safety* perawat dalam pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS.Premier Surabaya

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan perilaku *patient safety* perawat dalam pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS.Premier Surabaya dibuktikan dengan uji statistik *Fisher exact test* membuktikan bahwa H1 diterima jika nilai *signifikan exact* dari *Fisher's exact test* lebih besar (0.001) dari taraf signifikan 0,05 atau 5 %, dengan demikian hipotesis H1 diterima artinya terdapat hubungan pelaksanaan SSC dengan perilaku pencegahan *adverse event* : perilaku *patient safety* oleh perawat.

Perilaku seseorang (perawat) tentang program *patient safety* ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Rumah sakit perlu secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan prosedur yang efektif didalam mengeliminasi *adverse event* di kamar operasi. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambar di SSC dari WHO *Patient Safety* (2009) dan protokol JCI tentang *universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery*.

Teori perilaku menurut Lawrence Green dalam Notoatmojo (2012), seorang perawat yang tidak mau menerapkan keselamatan pasien disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat dari program *patient safety* bagi dirinya (*predisposing factors*). Fasilitas yang disediakan juga mempengaruhi seperti peralatan yang tidak lengkap (*enabling factors*). Para

petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain disekitarnya tidak pernah memberikan contoh atau penyuluhan tentang program PS (*reinforcing factors*).

Pada penelitian 21.7% responden yang dalam pelaksanaan SSC tidak lengkap adalah responden dengan karakteristik umur antara 26-35 tahun dengan masa kerja 1-5 tahun. Dimana komitmen terhadap pekerjaan belum dilaksanakan dengan baik sesuai dengan sesuai teori perilaku menurut Lawrence Green dalam Notoatmojo (2012), seorang perawat yang tidak mau menerapkan keselamatan pasien disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat dari program PS bagi dirinya (*predisposing factors*) maka 21,7 % responden tersebut kurang pengetahuan atas manfaat dan tujuan SSC. Fasilitas yang disediakan juga mempengaruhi seperti peralatan yang tidak lengkap (*enabling factors*) dibuktikan dengan manajemen RSPS yang telah memberikan fasilitas (pelatihan dan fasilitas penunjang) penuh seharusnya membuat perawat melaksanakan SSC dengan lengkap. Pentingnya manfaat dari perilaku *patient safety* adalah suatu usaha pelayanan kesehatan untuk mencegah terjadinya *adverse event* khususnya di kamar operasi RSPS.

Perilaku *patient safety* yang dukung oleh ke 3 faktor diatas sangat mempengaruhi pelaksanaan SSC karena dengan perilaku *patient safety* (PS) ini tenaga kesehatan : perawat sadar akan besarnya manfaat yang diperoleh. Perilaku *patient safety* oleh perawat mencakup 3 domain, yakni : pengetahuan (*knowledge*) tentang PS meliputi pengetahuan tentang risiko yang bisa saja terjadi bila tidak menerapkan program PS, pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi keselamatan pasien, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan yang

tersedia. Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan dan kesalahan, sikap (*attitude*) dan tindakan atau praktik (*practice*) (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku *patient safety* pada pasien yang akan dilakukan pembedahan yang menjadi tanggung jawab tim bedah dimulai dengan *Identify patient correctly*, *Ensure correct site, correct procedure, correct patient surgery*, *Reduce the risk of health care associated infection*, *Improve Effective Communication*, *Improve the safety of high alert medication* dan *Reduce the risk of patient harm resulting from falls*. Dimensi dari pasien safety ini tertuang pada pelaksanaan SSC sehingga manfaat SSC yang didapat adalah keamanan bagi pasien sehingga *adverse event* tidak terjadi.

Pelaksanaan SSC dalam tim pembedahan adalah tugas perawat sirkulasi untuk membacakan setiap tahap dari SSC mulai dari *sign in*, *tune out* dan *sign out*, tetapi tanggung jawab pelaksanaannya adalah tanggung jawab semua anggota tim bedah yang mengikuti pembedahan, artinya perawat asisten dan perawat instrument termasuk perawat anestesi mempunyai tanggung jawab yang sama dalam pelaksanaan SSC ini meskipun dalam membacakan yang berwenang adalah perawat sirkulasi. Di kamar operasi RSPS hal ini telah merupakan komitmen bersama untuk saling mengingatkan pada setiap tahap SSC.

Tahap *sign out* yang pelaksanaannya tidak lengkap mayoritas karena dibarengi dengan kebutuhan tenaga untuk menjaga pasien tidak cedera pada saat ekstubasi. Ekstubasi adalah tindakan mengeluarkan pipa endotrakeal dari posisinya (*Endo Tracheal Tube*) pada tindakan pembiusan, dimana pasien tanpa sadar sering berontak sehingga memerlukan tenaga untuk pengamanan. Perawat assistant dan instrument tidak cukup untuk menjaga pasien pada saat ekstubasi ini,

diperlukan bantuan perawat sirkulasi untuk menjaga pasien agar tidak jatuh dan cedera. Perawat sirkulasi yang bertugas karena membantu mengamankan pasien sehingga tidak bisa membacakan proses *sign out* karena membantu menjaga memegang pasien yang sedang berontak.

Dukungan perawat senior kepada perawat yunior yang kurang terampil dalam berkomunikasi dan kurangnya pengetahuan atas manfaat *patient safety* dalam membacakan SSC pada operasi sangat membantu keberhasilan terlaksananya SSC. Pelaksanaan SSC tidak hanya menjadi tanggung jawab perawat sirkulasi saja tetapi menjadi tanggung jawab tim bedah sehingga besar peranan perawat senior dalam pelaksanaan di lapangan kamar operasi.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Penelitian tentang hubungan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) dengan perilaku pencegahan *adverse event* di kamar operasi RS. Premier Surabaya ini membuktikan bahwa peranan dokter baik dokter bedah maupun dokter anestesi, dan perawat kamar operasi sangat menentukan hasil dari angka terjadi *adverse event* di kamar operasi. Perilaku *Surgical Safety Culture* oleh para dokter dan perilaku *patient safety* perawat yang diterapkan dengan baik dan benar sangat menunjang pencegahan terjadinya *adverse event* : kejadian tidak diharapkan (KTD) seperti salah lokasi operasi, kejadian nyaris cedera (KNC) seperti *medication error*, atau bahkan sampai menyebabkan kematian di meja operasi (KS).

Pelaksanaan SSC sebagai komunikasi legal yang berbasis bukti dalam setiap pembedahan dalam penelitian ini dijelaskan berhubungan dengan 3 variabel yang mempengaruhi pencegahan *adverse event* di kamar operasi.

1. Perilaku *surgical safety culture* oleh dokter

Perilaku *surgical safety culture* dokter dipengaruhi oleh komitmen, kerjasama tim bedah, dan lingkungan yang mendukung dalam hal ini RS memfasilitasi terlaksananya *safety surgery* dengan melaksanakan *surgical safety checklist*. Dalam penelitian masih terdapat 11,8% dari total responden dokter dalam pelaksanaan SSC pada tahap *sign out* masih tidak lengkap melaksanakan. Hal ini dipengaruhi beberapa faktor antara lain adalah usia responden dan masa

kerja responden yang masih kurang sehingga pemahaman tentang pentingnya *patient safety* juga masih minimal.

2. Perilaku *patient safety* oleh perawat

Perilaku *patient safety* oleh perawat dalam standart IPSG dari JCI terbagi menjadi 6 item, dimana ke 6 item ini menyeluruh memberikan perlindungan maksimal kepada pasien. Perawat harus memastikan *Identify patient correctly, ensure correct site, correct procedure, correct patient surgery, reduce the risk of health care associated infection, improve effective Communication, improve the safety of high alert medication dan reduce the risk of patient harm resulting from falls*. Penelitian membuktikan masih terdapat 21.7% perawat pada tahap *sign out* tidak melaksanakan dengan lengkap selain faktor usia dan masa kerja, ketidaklengkapan ini dikarenakan perawat sirkulasi yang bertanggung jawab membacakan tahap *sign out* juga membantu menjaga pasien agar tidak cedera pada proses ekstubasi dimana pasien diluar kesadarannya berontak. Manajemen RSPS mengetahui masalah ini masih mengupayakan penambahan jumlah perawat agar penyebab ini tidak selalu terjadi sehingga SSC 100 % terlaksana baik pada tahap *sign in, time out* ataupun *sign out*.

3. Pelaksanaan *surgical safety checklist*

Pelaksanaan SSC yang terdiri atas 3 tahap yaitu *sign in, time out* dan *sign out* harus lengkap karena ke 3 tahap SSC menjadi satu kesatuan. SSC yang memuat 31 pertanyaan yang harus ditanyakan pada saat pembedahan.

Perawat kamar operasi bertanggung jawab atas pelaksanaan SSC sebagai wujud komunikasi efektif yang berbasis bukti, untuk menghindari *adverse event* dalam pembedahan. Jika semua pertanyaan dalam SSC ini telah dikonfirmasi dalam tim dipastikan *adverse event* dapat dipastikan tidak terjadi.

Ketiga variabel penelitian diatas terbukti sangat berhubungan dalam pencegahan *adverse event* di kamar operasi. Perilaku dari tenaga medis sebagai tenaga dominan dalam pelayanan pembedahan dalam sebuah RS berpengaruh besar atas pelaksanaan *surgical safety checklist*. Dibutuhkan sebuah komitmen bersama dalam pelaksanaan SSC dengan fasilitas oleh rumah sakit untuk menjamin bahwa *patient safety* di kamar operasi, yang berpotensi besar terjadi *adverse event* karena pasien dalam pembiusan.

Penelitian ini menunjukan responden dengan perilaku sedang dalam pelaksanaan SSC tidak melaksanakan dengan sempurna maka diperlukan pelatihan yang berkesinambungan untuk menanamkan perilaku *patient safety* pada semua karyawan sehingga walaupun masa kerja karyawan masih sedikit tetapi perawat baru telah paham arti dan pentingnya *patient safety*.

Pelaksanaan SSC dengan perilaku PS yang baik memastikan *adverse event* tidak terjadi maka perlu sebuah audit pelaksanaan SSC setiap bulannya, sehingga dapat diketahui faktor yang dapat menghambat pelaksanaan SSC di kamar operasi RSPS. RPPS telah melakukan audit setiap bulannya, lebih lanjut diperlukan pelatihan *in house training* secara berkesinambungan sangat diperlukan.

6.2 Saran

1. Pihak instansi dalam hal ini adalah manajemen RS, memperhatikan dan memfasilitasi dokter dan perawat khususnya di kamar operasi, untuk bersama berkomitmen untuk melaksanakan SSC pada setiap tindakan pembedahan.
2. Pihak instansi dalam hal ini memfasilitasi dokter dan perawat untuk mendapat ilmu pengetahuan tentang *patient safety* terkini dengan memberikan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pelatihan maupun memberikan fasilitas penunjang yang sesuai.
3. Meningkatkan kewaspadaan dalam perilaku *patient safety* dokter dan perawat untuk mencegah terjadinya *adverse event* khususnya di kamar operasi.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, 2002, *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta : Rineka Cipta
- Arikunto, 2006, *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta : Rineka Cipta
- Arikunto, 2010, *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta : Rineka Cipta
- As'ad, M, 2003. *Psikologi Islami: Seri Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta : Liberty.
- Ajzen, Icek dan Martin Fishbein, 2004, *Questions Raised by a Reason Action Approach Comment on Ogden (2003)*, *Journal of Health Psychology* 23, no 4, hal: 431-434
- Ajzen, I & Fishbein, M, 2005, Theory-based Behavior Change Interventions: Comments on Hobbitts and Sutton, *Journal of Health Psychology*, Vol 10, No. 1, 27-31
- Cooper, J.B.,et al 2000, *The National Patient Safety Foundation Agenda for Research and Development in Patient Safety*. Medscape general Medicine.
- Dwiningsih, Ida. 2012. *Pengembangan perilaku perawat dalam melaksanakan program patient safety sesuai standart IPSG dari JCI dengan penekatan Theory of planned behavior di RSAL Dr.Ramelan Surabaya*, tesis Magister, Universitas Airlangga, Surabaya
- Gomes, Faustino Cardoso, 2003, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Yogyakarta : Andi Offset.
- Gatot, D.B dan Wiku A, 2004. *Hubungan Karakteristik Perawat, Isi Pekerjaan dan Lingkungan Pekerjaan Terhadap Kepuasan Kerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon*, Akses tanggal 15 September 2013 jam 00.15 WIB
- Handoko, Hani. 1998. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta : BPFE.
- Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, KARS(2012), Jakarta
- JCI, 2010, *Joint Commission International Accreditaion Standarts For Hospital 4th edition*

Jurnal *A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population*, Downloaded from www.nejm.org on October 11, 2009 . Copyright © 2009 Massachusetts Medical Society. All rights reserved diakses tanggal 15 September 2013 jam 00.15 WIB

Komite keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pedoman Pelaporan insiden keselamatan pasien . PERSI. Jakarta

Kampono, Nugroho, *Peran Komite Medik Di Rumah Sakit Dalam Penanganan Kasus Kelalaian Medik*, Makalah, Seminar Medikolegal, Batam, 2006

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI nomor 1691 / MENKES / PER / VII / 2011 tentang *Keselamatan Pasien Rumah Sakit*.

Mangkunegara, A.A. Anwar Prabu, 2000, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Bandung : Remaja Rosdakarya.

Nasir, dkk. 2011. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan : Konsep Pembuatan Karya Tulis dan Thesis untuk Mahasiswa Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika.

Nursalam. 2013. *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika

Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen penelitian Keperawatan*, Jakarta: SalembaMedika

Nursalam. 2007. *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Profesional* . Jakarta: Salemba Medika

Pohan, Imbalo S. 2006. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar Dasar Pengertian dan penerapan*. Jakarta: EGC.

Robbins, Stephen, 2001. *Perilaku Organisasi. (Organizational Behaviour)* Jakarta : PT.Prehalindo.

Safe surgery saves lives. World Health Organization. <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>. Accessed March 22, 2013, diakses tanggal 20 Oktober 2013 jam : 01.45 WIB

Simamora, Henry. 2004. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, STIE YKPN, Yogyakarta.

Soeroso, S. 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia Di Rumah Sakit Suatu Pendekatan Sistem*. Jakarta : EGC.

- Soeroso, S, 2002. *Managemen Sumber Daya Manusia Strategik*. Edisi 1. Jakarta : Ghalia Indonesia .
- Tirtabayu Eva Hasri. 2012. *Praktik Keselamatan Pasien Bedah di RSUD X*. Tesis. Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
- The Joint Commission. 2011-2012 *National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission;2011
- WHO, 2012, *Guide line International Patient Safety Goals , Updated 9 February 2012*
- Worl Health Organization, 2009, *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009, Safe Surgery Saves Lives*
- Yahya, Adib A. (2007) *Fraud & Patient Safety*. Proceedings of PAMJAKI meeting "Kecurangan (Fraud) dalam Jaminan/Asuransi Kesehatan" Hotel Bumi Karsa, Jakarta 13 December 2007.
- Yahya, A.A. 2006. *Konsep dan Program Patient Safety*. *Konvensi Nasional Mutu R.S KE IV*. Bandung 14 - 16 november 2006. [Http://www.napsa.nhs.uk/patientsafety](http://www.napsa.nhs.uk/patientsafety).
- Yahya, Adib A. 2006. *Konsep dan Program "Patient Safety"*. Proceedings of National Convention VI of The Hospital Quality Hotel Permata Bidakara, Bandung 14-15 November 2006.

LAMPIRAN

Lampiran 1

UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
 Website: <http://www.ncrs.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ncrs@unair.ac.id

Surabaya, 3 Februari 2014

Nomor : 188 /UN3.1.12/PPd/2014
 Lampiran : 1 berkas
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas
 Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth.
 Direktur Rumah Sakit Premier Surabaya

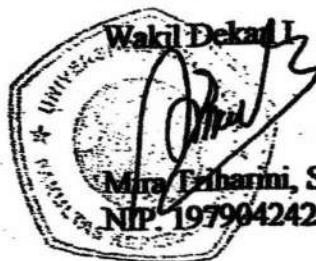
Selubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.

Nama : Catharina Diani Siswanto
 NIM : 131211123040
 Judul Skripsi : Hubungan Pelaksanaan SURGICAL SAFETY
 CHECKLIST terhadap Perilaku Pencegahan ADVERSE
 EVENT di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan

Wakil Dekan I



Mira Catharina, S.Kp, M.Kep

NIP. 197904242006042002

Tembusan:

1. Kepala Departemen QMR
2. Kepala Kamar Operasi RSPS
3. PLH DON RSPS

Lampiran 2



RAMSAY
HEALTH CARE

RS PREMIER SURABAYA

Jl. Nginden Intan Barat B
Surabaya 60118 - Indor
Tel. : 62-31 599 :
Fax. : 62-31 599 :
Email : rspremier.surabaya@ramsayhealth.com
Web : www.ramsayhealth.com

No. : 075/RSPS/HRD/II/2014

Lamp. : -

Hal : Jawaban Permohonan Pengambilan Data Penelitian

Kepada

Yth. Ibu Wakil Dekan I

Universitas Airlangga

Fakultas Keperawatan

Kampus C Mulyorejo Surabaya

Up. Yth. Ibu Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep.,

Dengan hormat,

Menjawab surat tertanggal 3 Februari 2014 No. 188/UN3.1.12/PPd/2014 perihal
Permohonan Ijin Pengambilan Data guna penyusunan penelitian skripsi :

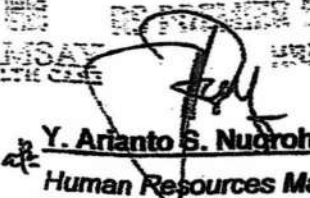
Nama : Catharina Diani Siswanto

NIM : 131211123040

Dengan ini kami sampaikan bahwa kami dapat membantu mahasiswi Ibu untuk
melakukan Pengambilan Data di RS. Premier Surabaya.

Demikian disampaikan dan kami mengucapkan terima kasih atas perhatiannya
terhadap Rumah Sakit Premier Surabaya.

Surabaya, 4 Februari 2014


Y. Arianto S. Nugroho
Human Resources Manager

Lampiran 3

RAMSAY
HEALTH CARERS PREMIER
SURABAYAJl. Nginden Intan Barat Blok B
Surabaya 60118 - Indonesia
Tel : 62-31 599 3211
Fax : 62-31 599 3214
Email : rspremier.surabaya@ramsayhealth.co.id
Web : www.ramsayhealth.co.id**SURAT KETERANGAN**

No. 083/RSPS/HRD/II/2014

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : Catharina Diani S
NIK : 131211123040Telah menyelesaikan penelitian di RS Premier Surabaya dengan judul :
"Hubungan Pelaksanaan Surgical Safety Checklist dengan Perilaku Pencegahan
Adverse Event di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya"

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 24 Februari 2014

RS PREMIER SURABAYA
RAMSAY
HEALTH CAREfor
Y. Arianto S. Nugroho
Human Resources Manager

Lampiran 4**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN****Kode Responden**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Catharina Diani Siswanto

NIM : 131211123040

Angkatan : B15 AJ-2

Saya adalah mahasiswa S1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya akan melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Pelaksanaan Surgical Safety Checklist Dengan Perilaku Pencegahan Adverse Event di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya”**

Tujuan dari penelitian untuk mengetahui adanya hubungan pelaksanaan surgical safety checklist terhadap perilaku pencegahan adverse event di kamar operasi RSPS.

Untuk itu kami mengharapkan kesediaan bapak/ibu/saudara/saudari berkenan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini untuk menjadi responden penelitian kami dengan menanda tangani surat persetujuan yang telah kami sediakan. Kesediaan bapak/ibu/saudara/saudari adalah sukarela, data yang diambil dan disajikan bersifat rahasia, tanpa menyebutkn nama bapak/ibu/saudara/saudari. Atas partisipasi dan perhatian bapak/ibu/saudara/saudari kami mengucapkan banyak terima kasih.

Surabaya, 2 Januari 2014

Hormat saya

Catharina Diani Siswanto

Lampiran 5**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN****Kode Responden**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan kesediaan untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilaksanakan oleh mahasiswa S1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang berjudul :

“ Hubungan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* Dengan Perilaku Pencegahan *Adverse Event* di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya”.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi yang sejelas jelasnya dan saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, 01 Februari 2014

(tanda tangan)

Lampiran 6

**A. SURVEY SURGICAL SAFETY CULTUR DOKTER BEDAH
DI KAMAR OPERASI RS. PREMIER SURABAYA**
(disadur dari *Surgical Safety Culture Survey*, RS. South Carolina, 2011)

A. Petunjuk Pengisian :

- a. **Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada pada karakteristik responden.**
- b. **Berilah tanda (√) pada kolom yang bapak/ibu/saudara pilih sesuai keadaan yang sebenarnya.**

Karakteristik Responden :

1. Apakah anda salah satu orang yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan *surgical safety checklist* (SSC) di kamar operasi di tempat anda bekerja ?
 ya tidak
2. Apa profesi utama anda ?
 ahli bedah ahli anestesi perawat bedah
3. Berapa tahun Anda bekerja sebagai tersebut diatas (di RSPS) ?
 < 1 1-5 6-10 > 10
4. Di layanan bedah apa yang menjadi spesialisasi anda?
 umum ortopedi Bedah Saraf jantung
 vascular Pediatric THT Urologi
 ginekologi anestesi
 head and neck Lainnya : _____
5. Dalam layanan manakah yang paling sering anda bekerja? (Pilih salah satu)
 umum ortopedi Bedah Saraf jantung
 vascular Pediatri THT Urologi
 ginekologi
 Head and neck Lainnya : _____
6. Umur anda saat ini :
 18-25 26-35 36-45 46-55 > 55
7. Jenis kelamin :
 laki-laki perempuan

B. Petunjuk pengisian kuesioner *surgical safety cultur* untuk dokter di kamar operasi :

- a. Ada lima alternatif jawaban, yaitu :
 - 4 = Sangat Setuju (SS)
 - 3 = Setuju (S)
 - 2 = Tidak Setuju (TS)
 - 1 = Sangat Tidak Setuju (STS)
- b. Berilah tanda (✓) pada kolom yang bapak/ibu/saudara pilih sesuai keadaan yang sebenarnya.
- c. Kuesioner diisi oleh dokter anastesi dan dokter bedah

	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS	KODE
Komitmen Penggunaan SSC						
1.	Tim bedah berkomitmen, dan setuju untuk menerima perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien.					
2.	Tim bedah berkomitmen menggunakan " SSC " dalam setiap kasus oleh setiap tim bedah.					
3.	Jika melakukan operasi pembedahan di kamar operasi, checklist keselamatan bedah SSC diterapkan .					
Kerjasama Tim Bedah						
4.	Dokter dan perawat bekerja sama sebagai tim yang terkoordinasi.					
5.	Bila timbul masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien selama operasi diambil keputusan bersama antara disiplin ilmu untuk menangani kondisi pasien atau masalah yang timbul selama operasi.					
6.	Memastikan kondisi pasien dan peralatan sebelum dan sesudah pembedahan.					
Komunikasi antar tim bedah						
7.	Komunikasi tidak efektif menyebabkan kesalahan dalam prosedur pembedahan.					
8.	Tim bedah saling berbagi informasi tentang kondisi					

	pasien selama pembedahan termasuk adanya instruksi terkait keselamatan pasien.						
Pelaksanaan SSC							
9.	Tim bedah memastikan lokasi pembedahan dan nama prosedur sebelum insisi.						
10.	Pada pasien yang beresiko tinggi, <i>sign in</i> selalu menyertakan perencanaan untuk potensi masalah.						
11.	Pada sign out selalu menyertakan pembahasan masalah perawatan utama untuk pemulihan pasien dan manajemen pasca - op .						
12.	Sign out dibacakan serta membahas perawatan pasca operasi untuk pemulihan pasien dan manajemen pasca - op .						
Fasilitas penunjang							
13.	Peralatan atau masalah lain yang dibahas dalam sign out pasca operasi ditangani secara tepat waktu.						
14.	Masalah peralatan atau masalah lain yang dibahas dalam brifing pasca operasi ditangani secara tepat waktu .						
Kepuasan							
15.	Saya merasa aman melakukan pembedahan di kamar operasi RSPS.						

Lampiran 7

**B. INSTRUMEN OBSERVASI PERILAKU PATIENT SAFETY
OLEH PERAWAT**(disadur dari kuesioner perilaku *patient safety* oleh Dwiningsih, Ida, (2012))**A. Petunjuk Pengisian :**

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada pada karakteristik responden.
- b. Berilah tanda (✓) pada kolom yang bapak/ibu/saudara pilih sesuai keadaan yang sebenarnya.

Karakteristik Responden :

1. Apakah anda salah satu orang yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan *surgical safety checklist (SSC)* di kamar operasi di tempat anda bekerja ?
 ya tidak
2. Apa profesi utama anda ?
 perawat anestesi perawat bedah perawat sirkulasi
3. Berapa tahun Anda bekerja sebagai tersebut diatas (di RSPS) ?
 < 1 1-5 6-10 > 10
4. Di layanan bedah apa yang menjadi spesialisasi anda?
 umum ortopedi Bedah Saraf jantung
 vascular Pediatric THT Urologi
 ginekologi anestesi
 i. head and neck Lainnya : _____
5. Dalam layanan manakah yang paling sering anda bekerja? (Pilih salah satu)
 umum ortopedi Bedah Saraf jantung
 vascular Pediatri THT Urologi
 ginekologi
 i. Head and neck Lainnya : _____
6. Umur anda saat ini :
 18-25 26-35 36-45 46-55 > 55
7. Jenis kelamin :
 laki-laki perempuan

B. KUESIONER PERILAKU *PATIENT SAFETY*

B. Petunjuk pengisian kuesioner *perilaku patient safety* untuk perawat di kamar operasi:

- a. Berilah tanda silang (√) pada kolom yang bapak/ibu/saudara pilih sesuai keadaan yang sebenarnya.
- b. Ada empat alternatif jawaban, yaitu :

Tidak Pernah Dilakukan	=	1
Jarang Dilakukan	=	2
Sering Dilakukan	=	3
Selalu Dilakukan	=	4
- c. Kuesioner *perilaku patient safety* diisi oleh perawat.

NO	PERNYATAAN	JAWABAN			
		Tidak pernah dilakukan	Jarang Dilakukan	Sering dilakukan	Selalu Dilakukan
	<i>Identify patient correctly</i>	1	2	3	4
1.	Perawat menanyakan nama dan identitas pasien pada saat pasien masuk ruangan				
2.	Perawat mencocokkan nama pasien dengan label sebelum melakukan tindakan pemberian obat tranfusi darah				
3.	Perawat mencocokkan nama pasien dengan label sebelum melakukan tindakan pengambilan darah atau specimen lain untuk pemeriksaan				
4.	Perawat mencocokkan nama pasien dengan label sebelum melakukan tindakan vital sign, pasang infuse, foto rongen, EKG				
5.	Perawat memanfaatkan buku SOP tindakan yang tersedia di ruangan				
	<i>Improve Effective Communication</i>				
6.	Perawat menulis dan membacakan kembali advis dari dokter baik yang disampaikan langsung atau melalui telepon.				
7.	Perawat menulis dan membacakan kembali hasil pemeriksaan yang disampaikan langsung atau melalui telepon.				

8.	Katim perawat mengkonfirmasi kembali tindakan keperawatan yang diperintahkan kepada perawat pelaksana.				
9.	Perawat melibatkan keluarga dan pasien saat memberikan asuhan keperawatan.				
10.	Perawat memberikan penjelasan saat akan memberikan tindakan keperawatan pada pasien.				
<i>Improve the safety of high alert medication</i>					
11.	Perawat baru, mendapatkan orientasi tentang tat cara pengelolaan obat dan lokasi obat-obatan di ruangan.				
12.	Perawat melakukan crosscek terhadap nama, dosis dan tetapan infuse yang akan diberikan pada pasien sesuai advis.				
13.	Perawat member label dan menetapkan lokasi tertentu pada elektrolit konsentrat.				
14.	Perawat menjelaskan nama dan jenis obat yang akan diberikannya kepada pasien dan melakukan observasi terhadap efek yang ditimbulkan.				
15.	Perawat melakukan koordinasi dengan bagian farmasi terhadap pengelolaan dan pemberian elektrolit konsentrat.				
	Ensure correct site, correct procedure, correct patient surgery				
16.	Perawat menanyakan pada pasien daerah yang sakit atau nyeri saat akan melakukan tindakan keperawatan				
17.	Perawat memastikan identitas pasien, prosedur yang akan dilakukan, lokasi dari tubuh pasien yang akan dilakukan tindakan dengan mencocokkan catatan di status pasien.				
18.	Perawat menggunakan checklist yang tersedia untuk menyiapkan pasien dan dokumen lain sebelum tindakan operasi.				
19.	Perawat menggunakan penulisan singkatan yang sama sesuai SOP dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.				
20.	Perawat saling mengingatkan terhadap tulisan perawat lain yang tidak terbaca dalam pendokumentasian asuhan keperawatan				

<i>Reduce the risk of health care associated infection</i>					
21.	Perawat memakai alat injeksi sekali pakai				
22.	Perawat membuang sampah medis dan non medis ditempat yang tersedia.				
23.	Perawat mempertahankan kesterilan alat yang akan digunakan untuk melakukan tindakan pada pasien.				
24.	Perawat mencuci tangan sebelum atau sesudah tinda keperawatan sesuai dengan tindakan keperawtan sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan				
25.	Perawat mengidentifikasi terjadi infeksi pada pasien yang menggunakan alat medis				
<i>Reduce the risk of patient harm resulting from falls</i>					
26.	Perawat melakukan identifikasi pada pasien baru terhadap resiko jatuh				
27.	Perawat menutup reling tempat tidur pasien setelah melakukan tindakan.				
28.	Perawat mengidentifikasi ulang resiko jatuh pada pasien setelah tindakan pengobatan, perubahan gaya jalan dan keseimbangan.				
29.	Perawat melakukan evaluasi lingkungan pasien terhadap resiko jatuh (keadaan lantai, kamar mandi)				
30.	Perawat melakukan koordinasi dengan bagian K3 terhadap perbaikan sarana untuk mengurangi resiko jatuh (perbaikan tempat tidur, kamar mandi, kursi roda, dll)				

Lampiran 8

**Lembar Observasi Implementasi *Surgical Safety Checklist (SSC)*
di kamar operasi RS. Premier Surabaya
(disadur dari lembar SSC RS.Premier Surabaya ,2011)**

Nomor Responden

Petunjuk Pengisian :

- a. Beri tanda silang (✓) pada kolom yang sesuai keadaan yang sebenarnya.
- b. Ada dua alternatif jawaban, yaitu :
YA = 2
TIDAK = 1
- c. Lembar observasi implementasi SSC ini diisi oleh peneliti.

No.	PERTANYAAN DALAM LEMBAR SSC	YA	TIDAK
Sign In (Sebelum induksi anestesi)			
1.	Apakah pasien sudah dikonfirmasi identitas, lokasi, prosedur dan surat persetujuan pasien ?		
2.	Apakah tempat operasi sudah ditandai ?		
3.	Apakah mesin anestesi dan obat-obat <i>emergensi</i> sudah diperiksa dan lengkap ?		
4.	Apakah monitor tanda vital sudah terpasang (EKG, Pulse oximetri, Respiratory rate, nadi)		
Apakah pasien memiliki			
5.	allergy ?		
6.	masalah jalan napas atau resiko aspirasi ?		
7.	Resiko kehilangan darah > 500 ml ?		
8.	apakah tersedia akses intra vena atau CVC serta persediaan darah ?		
9.	Apakah pasien direncanakan pemasangan implant ?		
10.	Apakah alat sudah siap ?		
Time Out (Sebelum insisi kulit)			
11.	Apakah semua anggota tim sudah memperkenalkan nama dan perannya?		
12.	Apakah dokter bedah dan dokter anestesi mengkonfirmasi secara verbal :		
13.	Nama pasien		
14.	Prosedur, tempat insisi dan posisi sesuai rencana?		
15.	Apakah antisipasi keadaan kritis untuk ahli bedah dibacakan?		
16.	Berapa perkiraan darah yang hilang		
17.	Apakah ada alat spesifik yang dibutuhkan atau investigasi khusus ?		
18.	Apakah ada keadaan kritis atau langkah langkah		

	tidak terduga yang perlu diketahui oleh tim ?		
Untuk Ahli Anestesi			
19.	apakah ada sesuatu hal khusus yang perlu diwaspadai pada pasien ini ?		
Untuk Perawat :			
20.	Apakah sterilitas instrument telah dikonfirmasi (berdasarkan indicator sterilitas)		
21.	Apakah ada masalah peralatan atau hal yang perlu diperhatikan ?		
Apakah hal hal mengenai ILO telah dilakukan :			
22.	Antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir ?		
23.	Apakah pasien telah dicukur ?		
24.	Apakah pasien telah diberi penghangat ?		
25.	Apakah gula drah terkendali ?		
26.	Apakah foto telah dan perlu ditampilkan ?		
Sign Out (Sebelum anggota tim meninggalkan kamar operasi)			
Apakah perawat memastikan secara verbal :			
27.	Nama prosedur yang telah dilakukan		
28.	Apakah telah dikonfirmasi bahwa penghitungan instrument, kasa, dan benda tajam sudah lengkap ?		
29.	Apakah spesimen telah diberi label pasien (lihat apakah label pasien sudah tetempel di tempat specimen)		
30.	Apakah ada permasalahan dengan peralatan yang perlu diperhatikan ?		
31.	Untuk ahli bedah, ahli anestesi and perawat : Apakah hal penting untuk pemulihan dan penatalaksanaan perawatan pasien ini ?		

LAMPIRAN 9**A. Tabulasi data responden Dokter**

Tabel 5.1 Distribusi data demografi responden (dokter kamar operasi) di kamar operasi RSPS pada tanggal 04-07 februari 2014 (n=17).

No	Karakteristik Responden		Jumlah	Prosentase
1	Umur	18-25 tahun	0	0,00
		26-35 tahun	2	11,76
		36-45 tahun	4	23,53
		45-55 tahun	9	52,94
		>55 tahun	2	11,76
2	Jenis kelamin	Laki-laki	14	82,35
		Perempuan	3	17,64
3	Jenis profesi	Dokter bedah	15	88,23
		Dokter anestesi	2	11,76
4	Masa kerja	< 1 tahun	0	0,00
		1-5 tahun	2	11,76
		6-10 tahun	1	5,88
		> 10 tahun	14	82,35
5	Spesialisasi	Orthopedi	2	11,76
		Neuro	2	11,26
		Jantung	0	0,00
		Vaskular	0	0,00
		pediatric	1	5,88
		THT	1	5,88
		Plastik	3	17,64
		Urology	0	0,00
		Obgyn	4	23,52
		Digestive	1	5,88
		Head & neck	1	5,88
		Anestesi	2	11,76

B. Tabulasi data responden perawat

Tabel 5.2 Distribusi data demografi responden (perawat kamar operasi) di kamar operasi RSPS (n=23).

No	Karakteristik Responden		Jumlah	Prosentase
1	Umur	18-25 tahun	9	39,13
		26-35 tahun	8	34,78
		36-45 tahun	4	17,39
		45-56 tahun	2	8,70
2	Jenis kelamin	Laki-laki	3	13,04
		Perempuan	20	86,95
3	Jenis profesi	Perawat bedah	18	78,26
		Perawat anestesi	5	21,73
4	Masa kerja	< 1 tahun	0	0,00
		1-5 tahun	9	39,13
		6-10 tahun	2	8,70
		> 10 tahun	12	52,17

Lampiran 10

UJI STATISTIK

A. Statistik untuk responden dokter (n=17)

Statistics

		perilaku SS	Pelaksanaan SSC
N	Valid	17	17
	Missing	8	8

Frequency Table

perilaku SS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SEDANG	2	8.0	11.8	11.8
	BAIK	15	60.0	88.2	100.0
	Total	17	68.0	100.0	
Missing	System	8	32.0		
Total		25	100.0		

Pelaksanaan SSC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak melaksanakan	2	8.0	11.8	11.8
	melaksanakan	15	60.0	88.2	100.0
	Total	17	68.0	100.0	
Missing	System	8	32.0		
Total		25	100.0		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
perilaku SS * Pelaksanaan SSC	17	68.0%	8	32.0%	25	100.0%

perilaku SS * Pelaksanaan SSC Crosstabulation

Count

	Pelaksanaan SSC		Total
	tidak melaksanakan	melaksanakan	
perilaku SS SEDANG	2	0	2
BAIK	0	15	15
Total	2	15	17

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.000 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	8.731	1	.003		
Likelihood Ratio	12.315	1	.000		
Fisher's Exact Test				.007	.007
Linear-by-Linear Association	16.000	1	.000		
N of Valid Cases	17				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

b. Computed only for a 2x2 table

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		perilaku SS	Pelaksanaan SSC
N		17	17
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	2.88	1.88
	Std. Deviation	.332	.332
Most Extreme Differences	Absolute	.521	.521
	Positive	.362	.362
	Negative	-.521	-.521
Kolmogorov-Smirnov Z		2.147	2.147
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

perilaku SS * Pelaksanaan SSC Crosstabulation

Count

		Pelaksanaan SSC		Total
		tidak melaksanakan	melaksanakan	
perilaku SS	SEDANG	2	0	2
	BAIK	0	15	15
Total		2	15	17

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.000 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	8.731	1	.003		
Likelihood Ratio	12.315	1	.000		
Fisher's Exact Test				.007	.007
Linear-by-Linear Association	16.000	1	.000		
N of Valid Cases	17				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

b. Computed only for a 2x2 table

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		perilaku SS	Pelaksanaan SSC
N		17	17
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	2.88	1.88
	Std. Deviation	.332	.332
Most Extreme Differences	Absolute	.521	.521
	Positive	.362	.362
	Negative	-.521	-.521
Kolmogorov-Smirnov Z		2.147	2.147
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Pelaksanaan SSC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidakdilaksanakan	5	21.7	21.7	21.7
	dilaksanakan	18	78.3	78.3	100.0
Total		23	100.0	100.0	

A. Perawat**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Perilaku PS	pelaksanaan SSC
N		23	23
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	2.78	1.7826
	Std. Deviation	.422	.42174
Most Extreme Differences	Absolute	.479	.479
	Positive	.303	.303
	Negative	-.479	-.479
Kolmogorov-Smirnov Z		2.300	2.300
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.000

a. Test distribution is Normal.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Perilaku PS	pelaksanaan SSC
N		23	23
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	2.78	1.7826
	Std. Deviation	.422	.42174
Most Extreme Differences	Absolute	.479	.479
	Positive	.303	.303
	Negative	-.479	-.479
Kolmogorov-Smirnov Z		2.300	2.300
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Perilaku PS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sedang	5	21.7	21.7	21.7
	baik	18	78.3	78.3	100.0
Total		23	100.0	100.0	

Pelaksanaan SSC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	4	17.4	17.4	17.4
	ya	19	82.6	82.6	100.0
Total		23	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perilaku PS * Pelaksanaan SSC	23	100.0%	0	.0%	23	100.0%

Perilaku PS * Pelaksanaan SSC Crosstabulation

Count

	Pelaksanaan SSC		Total
	tidak	ya	
Perilaku PS sedang	4	1	5
baik	0	18	18
Total	4	19	23

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.432 ^a	1	.000	.001	.001
Continuity Correction ^b	12.308	1	.000		
Likelihood Ratio	16.250	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	16.674	1	.000		
N of Valid Cases	23				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .87.

b. Computed only for a 2x2 table

Perilaku PS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sedang	5	21.7	21.7	21.7
baik	18	78.3	78.3	100.0

Perilaku PS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sedang	5	21.7	21.7	21.7
baik	18	78.3	78.3	100.0
Total	23	100.0	100.0	

Lampiran 10

Lampiran 11

KEASLIAN PENELITIAN

Tabel Keaslian Penelitian

NO.	JUDUL PENELITIAN DAN PENGARANG	METODE	VARIABEL	HASIL
1.	<p>Pelaksanaan surgical patient safety terhadap adverse events pasca operasi bedah digestif di instalasi bedah RSUP DR.Sarjito Yogyakarta</p> <p>Oleh : Erikson Siagian Universitas Gadjah Mada, 2011</p>	<p>Jenis penelitian ini merupakan penelitian prospektif observasional dengan rancangan longitudinal study</p>	<p>Pelaksanaan Surgical Patient Safety - adverse events pascaoperasi</p>	<p>Terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,016$) antara pasien yang memiliki risiko kehilangan darah dengan terjadinya kematian, terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,016$) antara pasien yang memiliki risiko kehilangan darah dengan terjadinya pendarahan</p>
2.	<p>Pengaruh perubahan desain ruang operasi dan perubahan perilaku petugas di ruang operasi terhadap kajian Surgical Site Infection di RS Santa Maria Pematang</p> <p>Oleh : Yulianto, Widodo Universitas Gadjah Mada, 2007</p>	<p>Jenis penelitian yang digunakan kuasi eksperimental dengan rancangan penelitian pre dan post test tanpa kontrol grup.</p>	<p><i>Variabel dependen :</i> <i>angka kejadian SSI</i></p> <p><i>variabel independen:</i> <i>perilaku petugas di ruang operasi dan desain ruang operasi.</i></p>	<p>Perubahan desain ruang operasi dan perubahan perilaku petugas di ruang operasi terbukti secara bermakna menurunkan angka kejadian SSI (OR=3,646; CI951,24</p>
3.	<p>Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes</p> <p>Oleh : The New England Journal of Medicine, 2011</p>	<p>Jenis penelitian yang digunakan Study Cohorts</p>	<p>Characteristics of Patients in Intervention and Control Hospitals before and after Implementation of the Surgical Safety Checklist.</p>	<p>shows that the use of the comprehensive Surgical safety checklist is associated with reductions in complications and mortality among adults undergoing general surgery in hospitals that have a high baseline standard of care</p>
4.	<p>A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population</p>	<p>Jenis penelitian yang digunakan a prospective study of preintervention and</p>	<p>surgical safety checklist, reduce complications and deaths associated</p>	<p>The rate of death was 1.5% before the checklist was introduced and declined to</p>

	Oleh : The New England Journal of Medicine, 2009	postintervention periods	with surgery.	0.8% afterward (P = 0.003). Inpatient complications occurred in 11.0% of patients at baseline and in 7.0% after introduction of the checklist (P<0.001).
5.	Analisi faktor faktor yang berkontribusi terhadap pasien safety di kamar operasi RS.Premier Bintaro Oleh : Sukasih dan Toto Suharyanto, 2011	Jenis penelitian yang digunakan Deskriptif, dengan analisa data menggunakan uji <i>Chi-Square</i>	Sign In, Time Out, Sign Out, pasien Safety.	Hasil penelitian secara statistik menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara Time Out dengan pasien Safety (P. value = 0.002). Untuk proses Sign In atau Sign Out dari hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna, namun disini prosedur ini tetap dijalankan karena proses ini sangat penting untuk upaya keselamatan pasien

Lampiran 12

SAFE SURGERY 2015: SOUTH CAROLINA
Tool 2: Surgical Safety Culture Survey

A. Hospital name: _____

B. Are you (or will you be) the person or one of the people responsible for checklist implementation in the ORs where you work?

- 01 Yes
- 00 No

C. What is your primary professional role?

- 01 Surgeon
- 02 Anesthesiologist
- 03 CRNA
- 04 Surgical nurse
- 05 Physician assistant
- 06 Surgical tech
- 07 Perfusionist
- 08 Intern/Resident/Fellow
- 99 Other: _____

D. How many years have you worked in this role (at any hospital)?

- 01 <1
- 02 1-5
- 03 6-10
- 04 >10

E. In which surgical service(s) do you work? (Check all that apply.)

- 01 General
- 02 Trauma
- 03 Orthopedic
- 04 Neurosurgery
- 05 Cardiac
- 06 Thoracic
- 07 Vascular
- 08 Pediatric
- 09 ENT
- 10 Urology
- 11 Gynecology
- 12 Ambulatory
- 99 Other: _____

F. In which service do you work most often? (Check one.)

- 98 N/A: No primary service
- 01 General
- 02 Trauma
- 03 Orthopedic
- 04 Neurosurgery
- 05 Cardiac
- 06 Thoracic
- 07 Vascular
- 08 Pediatric
- 09 ENT
- 10 Urology
- 11 Gynecology
- 12 Ambulatory
- 99 Other: _____

G. Do you consider yourself Hispanic or Latino?

- 01 Yes
- 00 No
- 97 Decline to answer
- 96 Unknown

H. Which category best describes your race?

- 01 American Indian or Alaska Native
- 02 Asian
- 03 Black or African American
- 04 Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- 05 White
- 06 Multiracial
- 97 Decline to answer
- 98 Unknown

I. Age:

- 01 18-25
- 02 26-35
- 03 36-45
- 04 46-55
- 05 >55
- 97 Decline to answer

J. Gender:

- 01 Male
- 00 Female
- 97 Decline to answer

	Strongly Disagree						Strongly Agree
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1. In the ORs where I work, surgical team members are open to changes that improve patient safety, even if it means slowing down.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. In the ORs where I work, the Joint Commission "Time Out" is used in every case by every surgical team.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. In the ORs where I work, the Joint Commission "Time Out" was difficult to implement.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. In the ORs where I work, surgical team members all agree on the importance of using checklists in surgery.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. In the ORs where I work, interest in checklist implementation is limited to one profession (e.g., surgery, anesthesia, or nursing).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. In the ORs where I work, I am encouraged to report any patient safety concerns I may have.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. In the ORs where I work, it is difficult to discuss medical mistakes.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. In the ORs where I work, surgical team members appear to struggle and do not ask one another for help.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9. In the ORs where I work, it is difficult to speak up when I perceive problems with patient care.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

	Strongly Disagree						Strongly Agree
0. In the ORs where I work, team discussions (e.g., briefings or debriefings) are common.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1. In the ORs where I work, communication breakdowns frequently lead to delays in starting surgical procedures.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. In the ORs where I work, surgical team members make sure their comments or instructions are heard.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. In the ORs where I work, surgical team members share key information as it becomes available.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. In the ORs where I work, surgical team members appear eager to help one another.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. In the ORs where I work, physicians and nurses work together as a well-coordinated team.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. In the ORs where I work, surgeons and anesthesia providers work together as a well-coordinated team.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. In the ORs where I work, surgical team members from different disciplines always discuss patients' conditions and the progress of operations.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. In the ORs where I work, plans for patient care are adapted as needed.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9. In the ORs where I work, physicians are only open to suggestions from other physicians.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20. In the ORs where I work, disagreements are resolved with an emphasis not on who is right but what is right for the patient.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
21. In the ORs where I work, decision-making is shared among disciplines in response to changes in patients' conditions or issues that arise during operations.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
22. In the ORs where I work, physicians are present and actively participating in patient care prior to skin incision.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
23. In the ORs where I work, physicians maintain a positive tone throughout operations.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
24. In the ORs where I work, surgical team members communicate with me in a respectful manner.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
25. In the ORs where I work, my input about patient care is well received by other surgical team members.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
26. In the ORs where I work, I am always treated as a valuable member of the surgical team.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
27. In the ORs where I work, potential errors or mistakes are pointed out without raised voices or condescending remarks.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
28. In the ORs where I work, surgical team members refer to each other by role instead of name (e.g., "Nurse" instead of "Dana").	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
29. In the ORs where I work, surgical teams always discuss the operative plan (i.e., more than the location of the incision and name of the procedure) before incision.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
30. In the ORs where I work, for complex patients or cases, preoperative briefings always include planning for potential problems.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
31. In the ORs where I work, postoperative debriefings always include a discussion of key concerns for patient recovery and post-op management.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
32. In the ORs where I work, equipment issues or other problems discussed in postoperative debriefings are addressed in a timely manner.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
33. I would feel safe being treated here as a patient.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
34. If I were having an operation, I would want a surgical safety checklist to be used.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
35. Pressure to move quickly from case to case gets in the way of patient safety.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

■ Thank you for your time. ■

Lampiran 13

Tabel Distribusi kuesioner *surgical safety cultur* dari JCI untuk dokter di kamar operasi RS. Premier Surabaya pada tanggal 4-7 Februari 2014 (n=17)

No	PARAMETER Surgical Safety Cultur	KATEGORI								JUMLAH	
		Sangat Tidak Setuju		Tdak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Total	%
1.	Tim bedah berkomitment, dan setuju untuk menerima perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	100,00	17	100,00
2.	Tim bedah berkomitment menggunakan " SSC " dalam setiap kasus oleh setiap tim bedah.	0	0,00	0	0,00	1	5,88	16	94,12	17	100,00
3.	Jika melakukan operasi pembedahan di kamar operasi, checklist keselamatan bedah SSC diterapkan	0	0,00	0	0,00	1	5,88	16	94,12	17	100,00
4.	Dokter dan perawat bekerja sama sebagai tim yang terkoordinasi.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	100,00	17	100,00
5.	Bila timbul masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien selama operasi diambil keputusan bersama antara disiplin ilmu untuk menangani kondisi pasien atau masalah yang timbul selama operasi.	0	0,00	2	11,76	4	23,53	11	64,71	17	100,00
6.	Memastikan kondisi pasien dan peralatan sebelum dan sesudah pembedahan.	0	0,00	2	11,76	5	29,41	10	58,82	17	100,00
7.	Komunikasi tidak efektif menyebabkan kesalahan dalam prosedur pembedahan.	0	0,00	2	11,76	0	0,00	15	88,24	17	100,00

PARAMETER		IR PERPUSTAKAAN UNIVERISTAS ANGLITINGORI								JUMLAH	
No	Surgical Safety Cultur	Sangat Tidak Setuju		Tdak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	To tal	%
8.	Tim bedah saling berbagi informasi tentang kondisi pasien selama pembedahan termasuk adanya instruksi terkait keselamatan pasien.	0	0,00	5	29,41	8	47,06	4	23,53	17	100,00
9.	Tim bedah memastikan lokasi pembedahan dan nama prosedur sebelum insisi	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	100,00	17	100,00
10.	Pada pasien yang beresiko tinggi , <i>sign in</i> selalu menyertakan perencanaan untuk potensi masalah.	0	0,00	1	5,88	7	41,18	9	52,94	17	100,00
11.	Pada sign out selalu menyertakan pembahasan masalah perawatan utama untuk pemulihan pasien dan manajemen pasca - op	0	0,00	3	17,65	6	35,29	8	47,06	17	100,00
12.	Sign out dibacakan serta membahas perawatan pasca operasi untuk pemulihan pasien dan manajemen pasca - op	0	0,00	4	23,53	8	47,06	5	29,41	17	100,00
13.	Peralatan atau masalah lain yang dibahas dalam sign out pasca operasi ditangani secara tepat waktu.	0	0,00	4	23,53	2	11,76	11	64,71	17	100,00
14.	Masalah peralatan atau masalah lain yang dibahas dalam brifing pasca operasi ditangani secara tepat waktu .	0	0,00	3	17,65	8	47,06	6	35,29	17	100,00
15.	Saya merasa aman melakukan pembedahan di kamar operasi RSPS.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	100,00	17	100,00

Tabel Distribusi kuesioner pelaksanaan standart IPSG untuk perawat dari JCI di kamar operasi RS. Premier Surabaya (n=23), pada tanggal 04-07 Februari 2014.

No	Parameter Perilaku Patient Safety	Kategori								Jumlah	
		Tidak Pernah Dilakukan		Jarang Dilakukan		Sering Dilakukan		Selalu Dilakukan		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Total	%
<i>Identify patient correctly</i>											
1.	Perawat menanyakan nama dan identitas pasien pada saat pasien masuk kamar operasi	0	0,00	0	0,00	4	17,39	19	82,61	23	100,00
2.	Perawat mencocokkan nama pasien dengan label sebelum melakukan tindakan pemberian obat tranfusi darah	0	0,00	0	0,00	0	0,00	23	100,00	23	100,00
3.	Perawat mencocokkan nama pasien dengan label sebelum melakukan tindakan pengambilan darah atau specimen lain untuk pemeriksaan	0	0,00	0	0,00	1	4,35	22	95,65	23	100,00
4.	Perawat mencocokkan nama pasien dengan label sebelum melakukan tindakan vital sign, pasang infuse, foto rongen, EKG	0	0,00	0	0,00	2	8,70	21	91,30	23	100,00
<i>Improve Effective Communication</i>											
5.	Perawat menulis dan membacakan kembali advis dari dokter baik yang disampaikan langsung atau melalui telepon.	0	0,00	0	0,00	2	8,70	21	91,30	23	100,00
6.	Perawat menulis dan membacakan kembali hasil pemeriksaan yang disampaikan langsung atau melalui telepon.	0	0,00	0	0,00	4	17,39	19	82,61	23	100,00

No	Parameter Perilaku Patient Safety	Kategori								Jumlah	
		Tidak Pernah Dilakukan		Jarang Dilakukan		Sering Dilakukan		Selalu Dilakukan		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Total	%
7.	Katim perawat mengkonfirmasi kembali tindakan keperawatan yang diperintahkan kepada perawat pelaksana.	0	0,00	3	13,04	11	47,83	9	39,13	23	100,00
8.	Perawat melibatkan keluarga dan pasien saat memberikan asuhan keperawatan.	0	0,00	0	0,00	9	39,13	14	60,87	23	100,00
9.	Perawat memberikan penjelasan saat akan memberikan tindakan keperawatan pada pasien.	0	0,00	0	0,00	4	17,39	19	82,61	23	100,00
<i>Improve the safety of high alert medication</i>											
10.	Perawat baru, mendapatkan orientasi tentang tat cara pengelolaan obat dan lokasi obat obatan di ruangan.	0	0,00	0	0,00	4	17,39	19	82,61	23	100,00
11.	Perawat melakukan crosscek terhadap nama, dosis dan tetesan infuse yang akan diberikan pada pasien sesuai advis	0	0,00	0	0,00	3	13,04	20	86,96	23	100,00
12.	Perawat member label dan menetapkan lokasi tertentu pada elektrolit konsentrat.	0	0,00	1	4,35	5	21,74	17	73,91	23	100,00
13.	Perawat menjelaskan nama dan jenis obat yang kan diberikannya kepada pasien dan melakukan observasi terhadap efek yang ditimbulkan.	0	0,00	2	8,70	8	34,78	13	56,52	23	100,00

No	Parameter Perilaku Patient Safety	Kategori								Jumlah	
		Tidak Pernah Dilakukan		Jarang Dilakukan		Sering Dilakukan		Selalu Dilakukan		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Total	%
14.	Perawat melakukan koordinasi dengan bagian farmasi terhadap pengelolaan dan pemberian elektrolit konsentrat.	0	0,00	1	4,35	8	34,78	14	60,87	23	100,00
<i>Ensure correct site, correct procedure, correct patient surgery</i>											
15.	Perawat menanyakan pada pasien daerah yang sakit atau nyeri saat akan melakukan tindakan keperawatan	0	0,00	0	0,00	7	30,43	16	69,57	23	100,00
16.	Perawat memastikan identitas pasien, prosedur yang akan dilakukan, lokasi dari tubuh pasien yang akan dilakukan tindakan dengan mencocokkan catatan di status pasien.	0	0,00	0	0,00	3	13,04	20	86,96	23	100,00
17.	Perawat menggunakan checklist yang tersedia untuk menyiapkan pasien dan dokumen lain sebelum tindakan operasi.	0	0,00	0	0,00	6	26,09	17	73,91	23	100,00
18.	Perawat saling mengingatkan terhadap tulisan perawat lain yang tidak terbaca dalam pendokumentasian asuhan keperawatann	0	0,00	1	4,35	10	43,48	12	52,17	23	100,00

No	Parameter	IR PERPUSTAKAAN UNIVERISTAS AIRLANGGA								Jumlah	
		Kategori		Jarang Dilakukan		Sering Dilakukan		Selalu Dilakukan		Total	
		Tidak Pernah Dilakukan		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Total	%
Reduce the risk of health care associated infection											
19.	Perawat memakai alat injeksi sekali pakai	0	0,00	0	0,00	0	0,00	23	100,00	23	100,00
20.	Perawat membuang sampah medis dan non medis ditempat yang tersedia.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	23	100,00	23	100,00
21.	Perawat mempertahankan kesterilan alat yang akan digunakan untuk melakukan tindakan pada pasien.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	23	100,00	23	100,00
22.	Perawat mencuci tangan sebelum atau sesudah tindakan keperawatan sesuai dengan tindakan keperawatan sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan	0	0,00	0	0,00	0	0,00	23	100,00	23	100,00
23.	Perawat mengidentifikasi terjadi infeksi pada pasien yang menggunakan alat medis	0	0,00	2	8,70	6	26,08	15	65,22	23	100,00
Reduce the risk of patient harm resulting from falls											
24.	Perawat melakukan identifikasi pada pasien baru terhadap resiko jatuh	0	0,00	1	4,35	5	21,74	17	73,91	23	100,00
25.	Perawat menutup reling tempat tidur pasien setelah melakukan tindakan.	0	0,00	0	0,00	3	13,04	20	86,96	23	100,00

No	Parameter	Kategori								Jumlah	
		Tidak Pernah Dilakukan		Jarang Dilakukan		Sering Dilakukan		Selalu Dilakukan		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Total	%
26.	Perawat mengidentifikasi ulang resiko jatuh pada pasien setelah tindakan pengobatan, berubahan gaya jalan dan keseimbangan.	0	0,00	2	8,70	5	21,74	16	69,56	23	100,00
27.	Perawat melakukan evaluasi lingkungan pasien terhadap resiko jatuh (keadaan lantai, kamar mandi)	0	0,00	2	8,70	11	47,82	10	43,48	23	100,00
28.	Perawat melakukan koordinasi dengan bagian K3 terhadap perbaikan sarana untuk mengurangi resiko jatuh (perbaikan tempat tidur, kamar mandi, kursi roda, dll)	0	0,00	1	4,35	9	39,13	13	56,52	23	100,00

DATA TABULASI KUESIONE SURVEY SURGICAL CULTUR DOKTER

RESPONDEN	PERNYATAAN															Total skor	kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4	53	baik
2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	4	56	baik
3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	2	3	4	3	4	52	baik
4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	4	3	4	2	4	53	baik
5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	3	4	4	4	56	baik
6	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	56	baik
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	2	3	4	55	baik
8	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	2	3	4	55	baik
9	4	4	4	4	2	2	2	2	4	2	3	3	2	2	4	44	sedang
10	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	57	baik
11	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	3	3	4	54	baik
12	4	4	4	4	4	3	4	2	4	3	2	2	4	2	4	50	baik
13	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	3	2	3	4	4	53	baik
14	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	58	baik
15	4	3	3	4	2	2	2	2	4	4	3	2	2	3	4	44	sedang
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	baik
17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	baik

KATEGORI
 BAIK = 46-60
 SEDANG = 31-45
 KURANG = 15-30

Tabulasi Skoring Perilaku PS Perawat

	PERNYATAAN																												SKOR	KATEGORI	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
r e s p o n d e n	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	111	BAIK
	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	108	BAIK
	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	100	BAIK
	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	106	BAIK
	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	112	BAIK
	6	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	2	3	3	3	4	3	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	98	SEDANG
	7	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	4	2	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	96	SEDANG
	8	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	110	BAIK
	9	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	111	BAIK
	10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	110	BAIK
	11	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	110	BAIK
	12	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	107	BAIK
	13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	106	BAIK
	14	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	107	BAIK
	15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	108	BAIK
	16	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	95	SEDANG
	17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	102	BAIK
	18	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	2	3	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	2	2	2	96	SEDANG
	19	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	2	2	3	3	3	3	96	SEDANG
	20	4	4	4	4	3	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	2	2	3	101	BAIK
	21	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	112	BAIK
	22	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	104	BAIK
	23	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	106	BAIK

kategori penilaian
 baik 101-140
 sedang = 61-100
 kurang = 20-60

LAMPIRAN 17

CATATAN REVISI UJIAN SKRIPSI

Nama : Catharina Diani Siswanto

NIM : 131211123040

Penguji I : Sriyono, M.Kep,Sp.Kep.MB

TANGGAL	HALAMAN	BAB	SARAN PEMBIMBING	HASIL REVISI
20 Feb 14	2	1	1. Penambahan data Adverse Event (AE) secara global ditambahkan di dalam BAB I 2. Redaksi penulisan sesuai tanda di paper	Sudah direvisi Sudah direvisi
	13	2	Gambar SSC di perbesar	Sudah direvisi
	56	5	1. Judul tabel 5.1 distribusi data demografi responden Diganti dengan judul Karakteristik Responden	Sudah direvisi
	56		2. tabel 5.1 responden dokter dan perawat dijadikan 1 tabel.	Sudah direvisi
	59		3. tabel 5.3 tabel dijadikan lampiran diganti row data	Sudah direvisi
	60		4. tabel 5.4 tabel dijadikan lampiran diganti row data	Sudah direvisi
	68		5. pada 5.2 pembahasan dimasukkan pembahasan tentang : 1. masa kerja 2. prosedur surgical safety checklist (SSC) di kamar operasi RSPS 3. SPO SSC dan pemahaman bagi perawat yunior baru. 4. Penjabaran SPO pemberian anti biotic profilaksis 60 menit sebelum operasi.	Sudah direvisi Sudah direvisi Sudah direvisi Sudah direvisi
	68		6. Pelaksanaan SSC dokter	Sudah direvisi

Mengetahui,

Penguji I



Sriyono, M.Kep,Sp.Kep.MB
NIP. 197703162005012001

CATATAN REVISI UJIAN SKRIPSI

Nama : Catharina Diani Siswanto

NIM : 131211123040

Pembimbing I : Ira Suarilah, S.Kp. M.Sc

TANGGAL	HALAMAN	BAB	SARAN PEMBIMBING	HASIL REVISI
21 Feb 14	Judul i	Judul	Hubungan Pelaksanaan <i>Surgical Safety Checklist Terhadap</i> perilaku Pencegahan <i>Adverse Event</i> di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya Diganti : Hubungan Pelaksanaan <i>Surgical Safety Checklist Dengan</i> perilaku Pencegahan <i>Adverse Event</i> di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Surabaya	Sudah direvisi
	ix-x	Abstrack	Penulisan dalam abstrack bahasa Inggris sesuai petunjuk pembimbing. Merubah <i>operating room</i> menjadi <i>operating theatre</i>	Sudah direvisi
	1	BAB 1	Penulisan kepanjangan WHO	Sudah direvisi
	Sesuai tanda		Redaksional penulisan sesuai tanda	Sudah direvisi
	75	BAB 6	Memasukan alasan kecenderungan kurang lengkapnya tahap sign out dihubungkan dengan penambahan karyawan sebagai masukan manajemen.	Sudah direvisi
	75		Gambaran penelitian apakah sesuai SOP	Sudah direvisi

Pembimbing I

Irasuarilah
Ira Suarilah, S.Kp. M.Sc
 NIK : 1390040673

CATATAN REVISI UJIAN SKRIPSI

Nama : Catharina Diani Siswanto

NIM : 131211123040

PEMBIMBING II : Herdina Mariyanti, S.Kep.Ns

TANGGAL	HALAMAN	BAB	SARAN PEMBIMBING	HASIL REVISI
21 Feb 14	45	4	4.6.1.1 Instrumen Surgical safty culture dokter	Sudah direvisi
			4.6.1.2 Instrumen perilaku pasient safety perawat	Sudah direvisi
			Menambahkan penulisan pernyataan positif dan negative dan pada nomor berapa pernyataan tersebut berada.	
	45	4	Redaksional penulisan pada 4.6.3 prosedur pengumpulan data	Sudah direvisi
	46	4	Penambahan keterangan proses pengumpulan data.	Sudah direvisi
	54-55	5	Penambahan keterangan pelaksanaan SSC.	Sudah direvisi
	75	6	Masukan dalam simpulan dan saran untuk gambaran jawaban dari rumusan masalah.	Sudah direvisi

Pembimbing II

Herdina Mariyanti, S.Kep.Ns

NIK : 139101033