

SKRIPSI

Kajian Penerapan *Surgical Safety Checklist* Implikasinya Terhadap Kejadian Keselamatan Pasien *Literature Review*

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang



Oleh :

AHMAD ZAENURI

23.0603.0097

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2024**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan merupakan hal yang menjadi kebutuhan dalam kehidupan umat manusia. Keselamatan (*safety*) telah menjadi tren dan isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Dimana banyak dilaporkan tuntutan pasien atas *medical error* yang terjadi pada pasien. Keselamatan Pasien Rumah Sakit / *Hospital Patient Safety* adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat suatu asuhan pasien lebih aman. Hal ini mencakup; asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes RI, 2017). Salah satu upaya peningkatan mutu di Rumah Sakit adalah menjalankan program keselamatan pasien (*patient safety*). *Patient safety* adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas atas cedera potensial yang mungkin terjadi terkait dengan pelayanan kesehatan (KKPRS, 2015).

Salah satu pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang dapat menggambarkan mutu Rumah Sakit adalah pelayanan pembedahan. Sejalan dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka kegiatan pembedahan menjadi bentuk pelayanan kesehatan yang spesialis. Kamar Operasi merupakan suatu ruang pelayanan pembedahan yang memiliki resiko serta angka kejadian kecelakaan yang tinggi, apabila dalam pelaksanaannya tersebut tidak mengutamakan pada keselamatan pasien, kesiapan pasien, dan prosedur pembedahan (Sukasih & Suharyanto, 2013).

World Health Organization (WHO) menyatakan keselamatan pasien merupakan suatu masalah kesehatan yang dialami masyarakat global dan

dianggap serius. Kesalahan medis ini dapat disebabkan oleh faktor sistem dan faktor manusia. Insiden keselamatan pasien yang merugikan yakni terkait dengan prosedur bedah (27%), kesalahan pengobatan (18,3%) dan kesehatan infeksi terkait perawatan (12,2%) (WHO, 2017).

Tindakan pembedahan bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun, pembedahan juga dapat menimbulkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC), baik cidera medis maupun komplikasi yang dapat membahayakan nyawa (Weiser & Haynes, 2018).

Berdasarkan laporan Daud (2020) Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Indonesia pada tahun 2019 berhasil didapatkan data kejadian Nyaris (KNC) sebanyak 38%, Kejadian Tidak Cedera sebanyak 31%, Kejadian Tidak Diinginkan sebanyak 31% (Azizah dan Andayani, 2020). Sebanyak 1227 Rumah Sakit di Indonesia telah terakreditasi tetapi hanya 668 Insiden yang dilaporkan pada tahun 2016 secara nasional (Habibah & Dhamanti, 2020).

Salah satu tindakan usaha peningkatan *pasien safety* dalam pembedahan adalah dengan penerapan *Surgical Safety Checklist*. *Surgical Safety Checklist* adalah alat yang digunakan untuk meningkatkan keamanan pembedahan dengan mengurangi risiko kesalahan berupa lembar kerja yang berisi daftar parameter yang diperiksa oleh tim bedah sebelum, selama, dan setelah pembedahan untuk memastikan bahwa semua hal yang diperlukan telah dilakukan untuk meminimalisasi risiko komplikasi. Pada bulan Juni tahun 2009, WHO memelopori peluncuran *Surgical Safety Checklist* (Weiser & Haynes, 2018). Hasil dari studi ini membenarkan bahwa mekanisme penggunaan *surgical safety checklist* dilakukan dengan melibatkan multi profesi (dokter bedah, dokter anestesi, penata anestesi, dan perawat bedah). Dengan penggunaan dan kepatuhan terhadap pengisian *checklist* keselamatan bedah menghasilkan penurunan mortalitas dan morbiditas pasca pembedahan (Ramsay *et al.*, 2019).

Surgical Safety Checklist telah dilakukan uji coba di delapan rumah sakit di dunia. Hasil penelitian di delapan rumah sakit menunjukkan

penurunan kematian dan komplikasi akibat pembedahan. Kepatuhan penerapan *Surgical Safety Checklist* ini sangat berdampak positif dalam menurunkan angka komplikasi rawat inap 11% menjadi 7% dan kematian 1,5 menjadi 0,8%. Daftar periksa keselamatan bedah ini dirancang untuk mencegah kematian akibat kesalahan *perioperative* (Westman *et al.*, 2018). Penerapan *Surgical Safety Checklist* di rumah sakit menunjukkan efek positif pasca pembedahan. Survei ini menunjukkan bahwa setelah melakukan prosedur checklist keselamatan bedah komplikasi pasca pembedahan menurun 0,003% per tahun (Ramsay *et al.*, 2019).

Surgical Safety Checklist diterapkan di bagian bedah dan anestesi untuk meningkatkan kualitas dan menurunkan kematian serta komplikasi akibat pembedahan. Tindakan pembedahan memerlukan persamaan persepsi antara ahli bedah, anestesi dan perawat (Weiser, 2018). Adapun *Surgical Safety Checklist* dibagi dalam tiga fase yaitu sebelum induksi anestesi (*sign in*), sebelum sayatan kulit (*time out*) dan sebelum pasien meninggalkan ruang operasi (*sign out*) menurut WHO (2009).

Kematian dan komplikasi akibat pembedahan dapat dicegah, salah satu pencegahan dapat dilakukan dengan kepatuhan *Surgical Safety Checklist*. *Surgical Safety Checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, dokter anestesi dan lainnya. Tim operasi harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari fase *sign in*, *time out*, dan *sign out* sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Weiser, 2018). Oleh karena itu dibutuhkan kepatuhan dari semua tim operasi untuk melakukan semua poin pada *Surgical Safety Checklist*.

Tindakan pembedahan, baik yang bersifat elektif maupun kegawat daruratan adalah peristiwa atau prosedur kompleks serta memerlukan ketelitian dan konsentrasi yang baik. Sebagian besar prosedur pembedahan dilakukan di kamar operasi rumah sakit. Peran Perawat sebagai bagian dari tim operasi yang terlibat dalam tindakan pembedahan tentunya dalam

menjalankan profesinya menggunakan asuhan keperawatan perioperatif. Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan dalam menjabarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan tahapan pengalaman pembedahan pasien. Perioperatif adalah suatu istilah yang mencakup tiga tahapan pembedahan, yaitu: *preoperative phase*, *intraoperative phase* dan *post operative phase*. Masing-masing fase dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu, dengan urutan peristiwa yang berkesinambungan membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan, yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Prasetyo. A.B, 2017). Di samping itu dalam kegiatan pembedahan selain sebagai pemberi asuhan keperawatan perioperative, perawat juga melakukan kegiatan penelitian dalam keperawatan perioperative.

Sehubungan sudah banyak penelitian yang mengangkat, membahas dan meneliti tentang *Surgical Safety Checklist*, yang dilihat dari berbagai sudut pandang dan aspek maka dalam hal peneliti akan mencoba melakukan literatur review yang berfokus pada penelitian tentang *Surgical Safety Checklist* yang berkaitan dampak dan implikasi terhadap keselamatan pasien.

B. Rumusan Masalah

Berpedoman pada uraian yang melatar belakangi peran perawat dalam kegiatan asuhan keperawatan perioperative, juga kegiatan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* yang perawat berperan didalamnya maka peneliti menimbang perlunya pengkajian tentang penerapan *Surgical Safety Checklist* dan implikasinya terhadap kejadian keselamatan pasien. Penelitian ini berupa *literature review* dimana peneliti berusaha mencari referensi yang berkaitan dengan usaha penerapan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* dan berfokus mencermati apakah implikasi atau output dari penerapan *Surgical Safety Checklist* tersebut.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penerapan *Surgical Safety Checklist* dan kaitannya terhadap kejadian keselamatan pasien berdasarkan *literature review*.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hasil dari pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* dan menyimpulkan kejadian dari pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*.
- b. Mengidentifikasi dampak pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* terhadap kejadian keselamatan pasien.
- c. Membandingkan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* yang baik dan kurang serta dampak ikutannya di beberapa jurnal penelitian.

D. Manfaat Penelitian

1. Pelayanan Kesehatan

- a. Memberikan informasi untuk perawat dan tenaga kesehatan khususnya kamar operasi terkait pentingnya pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* dalam usaha mencegah Kejadian Tidak Diinginkan (KTD)/ *Adverse Events* di kamar operasi.
- b. Sebagai sumber informasi bagi rumah sakit untuk pengembangan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- c. Sasaran keselamatan pasien merupakan salah satu indikator peningkatan mutu layanan rumah sakit, diharapkan hasil penelitian bisa menjadi bahan rekomendasi dalam menentukan kebijakan rumah sakit dalam menyusun rencana pengembangan untuk memberikan pelayanan yang aman, nyaman, dan bermutu tinggi, dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

2. Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dan menambah wawasan serta dalam usaha pengembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan khususnya *perioperatif nursing*.

3. Peneliti

- a. Diharapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi bagi peneliti selanjutnya terkait pelaksanaan penerapan *Surgical Safety Checklist*.
- b. Menambah pengetahuan dan memperluas wawasan peneliti tentang penerapan *Surgical Safety Checklist*.
- c. Sehubungan latar belakang peneliti yang bekerja di kamar operasi maka diharapkan sangat bermanfaat untuk mengetahui kepatuhan dalam penerapan *Surgical Safety Checklist*.

E. Target Luaran

Target luaran dari penulisan *Literature Review* ini adalah berupa publikasi artikel ilmiah pada *Borobudur Nursing Review*, BNUR; ISSN : 2777-0788
DOI Prefix : 10.31603/bnur

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Surgical Safety Checklist

1.1. Pengertian Surgical Safety Checklist

Surgical Safety Checklist adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical Safety Checklist* adalah alat yang digunakan untuk meningkatkan keamanan pembedahan dengan mengurangi risiko kesalahan berupa lembar kerja yang berisi daftar parameter yang diperiksa oleh tim bedah sebelum, selama, dan setelah pembedahan untuk memastikan bahwa semua hal yang diperlukan telah dilakukan untuk meminimalisasi risiko komplikasi. *Surgical Safety Checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. *Surgical Safety Checklist* yang dibuat oleh WHO tersebut merupakan penjabaran dari enam sasaran keselamatan pasien diterjemahkan dalam bentuk formulir, yang diisi melakukan checklist. Checklist tersebut sudah baku dari WHO yang merupakan alat komunikasi praktis dan sederhana untuk memastikan keselamatan pasien pada tahap *pre operative*, dan *pasca operative* dilakukan tepat waktu dan memberikan kemudahan bagi tim bedah. *Surgical Safety Checklist* di kamar bedah dilakukan melalui tiga tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktu yang tersendiri yaitu, (*sign in*) sebelum pasien diantar ke kamar operasi, (*time out*) sebelum insisi kulit pasien, (*sign out*) sebelum pasien dikeluarkan dari kamar operasi. (WHO, 2009).

Menurut Permenkes RI (2017) Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi

asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

1.2. Tujuan *Surgical Safety Checklist*

Tujuan dari *Surgical Safety Checklist* adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas dan meningkatkan komunikasi dan kerja tim pada tindakan pembedahan operasi sehingga menjadikan pelayanan bedah yang aman dan berkualitas dan menjamin *patient safety* pada tindakan pembedahan oleh tim bedah dan anestesi di ruang operasi (Wangoo et al., 2016)

Manfaat dari *Surgical Safety Checklist* dalam membantu komunikasi tim bedah antara lain:

- a. *Surgical Safety Checklist* disusun untuk membantu tim bedah untuk mengurangi angka KTD. Banyaknya KTD yang terjadi akibat pembedahan mengakibatkan WHO membuat program *surgical safety checklist* untuk mengurangi KTD. Dalam praktiknya *surgical safety checklist* bermanfaat untuk mengurangi angka kematian dan komplikasi, penelitian menunjukkan angka kematian dan komplikasi berkurang setelah digunakan *Surgical Safety Checklist*. Penelitian Haynes menunjukkan angka kematian berkurang 47% dan angka komplikasi berkurang 36% (Weiser & Haynes, 2018).
- b. Menurunkan *surgical site infection* dan mengurangi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml.

Surgical site infection dan mengurangi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml. Penelitian Weiser menunjukkan angka ILO mengalami penurunan setelah dilakukan penelitian

dengan menggunakan *Surgical Safety Checklist*. Angka ILO turun dari 11,2% menjadi 6,6% dan risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml turun dari 20,2% menjadi 13,2% (Thomas G. Weiser et al., 2018).

- c. *Menurunkan* proporsi pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit.

Pada penelitiannya tentang '*a surgical Patient safety system*' menghasilkan penerapan *surgical safety checklist* pre operasi menghasilkan waktu yang lebih lama dari 23,9-29,9 menjadi 32,9 menit, akan tetapi jumlah pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit menurun sebesar 6% (Vries et al., 2010).

1.3. Pelaksanaan Surgical Safety Checklist

Surgical Safety Checklist dibagi tiga tahap yaitu sebelum induksi anestesi (*Sign In*), periode setelah induksi dan sebelum bedah sayatan (*Time out*), serta periode selama atau segera setelah penutupan luka dan sebelum mengeluarkan pasien dari operasi kamar (*Sign Out*). Pada setiap fase, koordinator *checklist* harus diizinkan untuk mengkonfirmasi bahwa tim telah menyelesaikan tugasnya sebelum melakukan kegiatan lebih lanjut (WHO, 2009).

Proses penerapan *Surgical Safety Checklist* WHO 2009 dibagi tiga tahap yaitu:

- a. *Sign in (Briefing Phase)*

Sign In merupakan fase dimana verifikasi pertama kali saat pasien tiba di ruang penerimaan atau ruang persiapan atau fase sebelum induksi anestesi, koordinator yang biasanya dilakukan oleh penata anestesi dimana bertanya dan memeriksa apakah identitas pasien benar, prosedur dan bagian yang akan dioperasi sudah benar, dan telah diberi tanda, persetujuan operasi dan pembiusan telah

ditandatangani oleh pasien, pulse oksimetri dapat berfungsi. Perawat serta dokter anestesi konfirmasi ulang kemungkinan adanya risiko apakah pasien ada resiko kehilangan darah dalam jumlah banyak, ada kemungkinan kesulitan bernafas, dan pasien ada reaksi alergi (WHO, 2009).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *Surgical Safety Checklist (Sign in)* adalah sebagai berikut:

1. Konfirmasi identitas pasien

Perawat diruang serah terima instalasi bedah sentral mengkonfirmasi kepada pasien mengenai identitas, bagian dan sisi yang akan dioperasi, prosedur dan persetujuan tindakan, setelah lengkap selanjutnya pasien akan memasuki ruangan operasi (WHO, 2009).

2. Sisi yang akan dioperasi sudah ditandai.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesalahan operasi salah sisi terletak pada tahap *sign in*, untuk itu tahapan ini harus konsisten dijelaskan.

3. Obat dan mesin anestesi telah diperiksa secara lengkap

Dokter anestesi sebelum melakukan induksi anestesi memeriksa peralatan anestesi, oksigen, dan inhalasi serta memeriksa ketersediaan obat dan resiko anestesi terhadap setiap kasus (WHO, 2009).

4. *Pulse Oksimetri* pada pasien berfungsi.

Dokter anestesi memasang peralatan oksimetri pada pasien dan berfungsi dengan benar sebelum induksi anestesi dan indikatornya dapat dilihat pada layar monitoring oleh seluruh team operasi. *Pulse oksimetri* merupakan alat non invasif yang berguna untuk memberikan perkiraan kejenuhan oksihemoglobin arteri (SpO₂) dengan memanfaatkan panjang gelombang cahaya untuk menentukan saturasi oksihemoglobin

(SpO₂) tapi tidak dapat menentukan metabolisme atau jumlah oksigen yang digunakan pasien. Batas normal adalah 95-100% meskipun nilai turun sampai 90% masih dianggap nilai normal pada orang sehat (WHO, 2009).

5. *Apakah pasien memiliki Alergi?*

Sejak awal pasien masuk kebangsal, harus ditanyakan ada riwayat alergi apa dan melakukan tes alergi, jika ditemukan Riwayat alergi akan diantisipasi dan ditulis pada status pasien. Untuk dokter anastesi akan melakukan visit ke bangsal untuk melakukan anastesi dan pemeriksaan fisik diagnostik. Dari hasil tersebut, dokter anastesi akan mengetahui adanya riwayat alergi terhadap pasien, sehingga dapat mengantisipasi untuk mencegah komplikasi obat-obatan anastesi (WHO, 2009).

6. *Apakah pasien memiliki kesulitan bernafas atau mempunyai resiko aspirasi?*

Kesulitan bernafas pada pasien diketahui sebelum dilakukan operasi dengan melakukan kunjungan kepada pasien oleh dokter bedah maupun dokter anastesi. Dari hasil tersebut dokter anastesi akan mengetahui adanya kesulitan pernafasan terhadap pasien. Jika ada kesulitan jalan nafas, dokter anastesi akan menulis di status sehingga pada tahapan sign in tim operasi dapat mengetahuinya sehingga dapat mengantisipasi pemakaian jenis anastesi yang digunakan. Resiko aspirasi juga harus dievaluasi sebagai bagian dari penelitian jalan nafas, untuk mengantisipasi resiko aspirasi pasien disuruh puasa 6 jam sebelum operasi. Beberapa keadaan paru yang dapat menyebabkan kesulitan bernafas seperti emfisema, bronkitis kronik, pneumonia dan edema paru (WHO, 2009).

7. Apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml?

Pasien yang mempunyai resiko perdarahan lebih dari 500 ml dipersiapkan dari sehari sebelum dilakukan operasi. Dokter anastesi akan mempersiapkan langkah langkah di ruang operasi dengan memakai infus dua jalur dan memastikan ketersediaan darah dan cairan untuk resusitasi. Volume kehilangan darah yang cukup besar merupakan salah satu dan paling umum yang membahayakan pasien saat operasi. Resiko syok hipovolemik meningkat ketika kehilangan darah melebihi 500 ml (WHO, 2009).

b. *Time out (Time out Phase)*

Time out merupakan fase dimana setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan memberitahu perannya masing-masing. Operator harus memastikan bahwa semua orang di ruang operasi harus kenal satu sama lain. Sebelum melakukan insisi pertama kali pada kulit operator konfirmasi ulang dengan suara yang keras bahwa mereka melakukan prosedur operasi yang sesuai pada pasien yang tepat, dan insisi di tempat yang tepat. Tidak lupa konfirmasi ulang bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 30-60 menit sebelum insisi. (WHO, 2009).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *Surgical Safety Checklist (Time out)* adalah sebagai berikut:

- 1) Semua anggota tim telah memperkenalkan nama dan peranan mereka masing masing.

Anggota tim dapat berganti terus. Manajemen efektif situasi risiko tinggi membutuhkan semua anggota tim mengerti setiap anggotanya dan peranan serta kemampuan mereka. Koordinator akan menanyakan

kepada setiap orang yang berada di ruangan untuk memperkenalkan nama dan perannya. Tim yang sudah familiar satu sama lain mengkonfirmasi masing-masing orang yang telah dikenal, tetapi anggota baru atau staf yang dimutasi ke kamar operasi sejak operasi terakhir harus memperkenalkan diri, termasuk pelajar atau personel lain (WHO, 2009).

- 2) Operator, professional anesthesi dan perawat secara verbal mengkonfirmasi identitas pasien, lokasi dan prosedur Langkah ini merupakan standard time out.

Sebelum operator melakukan insisi, koordinator atau anggota tim yang lain menanyakan setiap orang di kamar operasi untuk berhenti dan secara verbal konfirmasi nama pasien, pembedahan yang akan dilakukan, lokasi pembedahan dan jika memungkinkan memposisikan pasien untuk mencegah kesalahan pasien atau lokasi (WHO, 2009).

- 3) Antisipasi kejadian krisis Komunikasi tim yang efektif merupakan komponen penting dari pembedahan yang aman, tim kerja yang efisien dan pencegahan komplikasi.

Untuk memastikan komunikasi mengenai isu pasien kritis, selama time out coordinator checklist memimpin diskusi singkat antara operator, staf anesthesi dan staf perawat mengenai rencana bahaya dan operasi. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan sederhana kepada setiap anggota tim. Selama prosedur rutin, operator dapat menentukan pernyataan sederhana, “Ini seperti kasus biasa dengan durasi X” dan kemudian menanyakan kepada professional anesthesi dan perawat jika mereka mempunyai pertimbangan tertentu (WHO, 2009).

- 4) Tinjauan operator apakah langkah langkah kritis/ yang tidak diharapkan, durasi operasi, antisipasi kehilangan darah.

Diskusi mengenai langkah–langkah kritis atau yang tidak diharapkan. Minimal untuk mengkonfirmasi anggota tim mengenai setiap langkah yang meletakkan pasien dalam bahaya kehilangan darah yang cepat, cedera atau morbiditas utama lainnya (WHO, 2009).

- 5) Tinjauan tim anestesi: apakah pasien mempunyai pertimbangan khusus tertentu.

Pada pasien yang beresiko kehilangan darah, ketidakstabilan hemodinamik atau morbiditas utama lainnya karena prosedur, seorang anggota tim anestesi harus mengutarakan rencana spesifik dan mempertimbangan resusitasi. Pada ketiadaan risiko kritis yang harus dibagi dengan tim, professional anestesi dapat mengatakan dengan sederhana, “Saya tidak mempunyai sesuatu pertimbangan yang khusus pada kasus atau pasien ini” (WHO, 2009).

- 6) Tinjauan tim perawat: apakah sterilisasi telah dikonfirmasi dan apakah ada pemberitahuan mengenai peralatan atau yang lain.

Perawat yang mencuci atau teknisi yang mengatur peralatan harus secara verbal mengkonfirmasi bahwa sterilisasi telah dilaksanakan. Jika tidak ada pemberitahuan yang penting, maka perawat yang mencuci atau teknisi dapat mengatakan sederhana “sterilisasi terjaga, saya tidak ada pemberitahuan yang lain” (WHO, 2009).

- 7) Apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 30-60 menit terakhir?

Pemberian antibiotik profilaksis pada pembedahan adalah penggunaan antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi setelah pembedahan. Pemberian antibiotik yang tepat dapat mengurangi terjadinya infeksi luka operasi tetapi penggunaan antibiotik yang berlebihan mengakibatkan terjadinya resistensi terhadap antimikroba. Harus ada perbedaan antara pemberian antibiotik profilaksis pada sebelum pembedahan dan sesudah pembedahan (WHO, 2009).

c. *Sign out (Debriefing Phase)*

Sign Out merupakan bagian dimana seluruh tim (bedah dan anestesi) akan menilai akhir operasi yang sudah selesai dilakukan. Pengecekan kelengkapan pasca operasi seperti, kasa dan penghitungan alat-alat bedah, pemberian label pada spesimen jaringan yang diambil, adanya kerusakan alat selama operasi dan masalah lain yang belum dan telah ditangani. Periode final dimana tim bedah dan anestesi merencanakan manajemen setelah operasi dan fokus perhatian pada manajemen pemulihan pasien dan disebutkan rencananya oleh operator dan dokter anestesi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (WHO, 2009).

Sign Out adalah prosedur keselamatan pembedahan yang dilakukan oleh petugas kamar operasi sebelum penutupan luka, dikoordinasi oleh salah satu anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat Sign Out akan dilakukan review tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, dilakukan juga pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah yang perlu ditangani, selanjutnya langkah akhir adalah memusatkan perhatian pada manajemen post-operasi serta pemulihan pasien sebelum dipindah dari kamar operasi

(Irnawati & Anggorowati, 2017).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *Surgical Safety checklist (sign out)* adalah sebagai berikut:

- 1) Perawat melakukan konfirmasi secara verbal dengan tim mengenai nama prosedur yang telah di rekam.

Sejak prosedur diubah atau diperluas selama operasi, koordinator checklist harus mengkonfirmasi dengan operator dan tim mengenai prosedur yang telah dilakukan. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan, “prosedur apa yang telah dilakukan?” atau “apakah kita telah melakukan prosedur X?”

- 2) Perhitungan instrument, jarum, dan kasa.

Pelaksanaan perhitungan instrumen, jarum, dan kasa di instalasi bedah sudah mempunyai checklist tersendiri berupa rekaman asuhan keperawatan perioperatif dimana perhitungan pertama asuhan keperawatan perioperatif (sebelum operasi) dan tambahan selama operasi dilakukan. Perawat memberitahukan secara lisan kepada tim mengenai kelengkapan instrument (WHO, 2009).

- 3) Jika ada spesimen harus dilakukan pelabelan

Perawat atau dokter bedah membuat label yang benar dari setiap spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membuat pengantar patologi dan menggambarkan bentuk dari spesimen, salah membuat label berpotensi bencana bagi pasien dan telah terbukti menjadi sumber kesalahan pada pemeriksaan patologi anatomi (WHO, 2009).

- 4) Permasalahan berbagai peralatan.

Koordinator harus mengkonfirmasikan masalah peralatan diidentifikasi oleh tim.

- 5) Pada tahap akhir sebelum mengeluarkan pasien dari

ruang operasi dilakukan pemeriksaan keselamatan, tujuannya adalah saat pemindahan pasien dari ruang operasi diberikan informasi tentang kondisi pasien kepada perawat yang bertanggung jawab di ruang pemulihan (WHO, 2009).

Pembedahan pada dasarnya, memiliki empat pembunuh utama: infeksi, perdarahan, anestesi yang tidak aman dan hal-hal yang dapat disebut sebagai tak terduga. Dengan bantuan *Surgical Safety Checklist* dapat menyediakan perlindungan terhadap kesalahan-kesalahan pembedahan. Dalam penerapan checklist kerja sama tim antara beberapa praktisi kesehatan yang diperlukan bukan hanya mereka yang bekerja sama saling akur dengan yang lain. Yang diperlukan adalah disiplin. Disiplin adalah suatu yang harus diperjuangkan bahkan checklist yang sederhana sekali pun (Gawande, 2011). Disiplin kerja adalah sikap yang patuh terhadap peraturan-peraturan dan norma yang berlaku (Amiruddin, 2019).

2. Keselamatan Pasien

2. 1. Pengertian Keselamatan Pasien

Konsep keselamatan pasien (*patient safety*) secara mendasar diartikan sebagai “*freedom from accidental injury*” oleh *Institute Of Medicine* (IOM). Sejalan dengan batasan tersebut, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera (*harm*) yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan (Wardhani, 2017).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah suatu

sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

2. 2. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) dalam (Mulyana, 2013) menyebutkan tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Peningkatan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

2. 3. Enam Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien (Alfiah, 2016) merupakan syarat untuk ditetapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh komisis akreditasi rumah sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu *Nine Life-Saving Patient Safety Solution* dari *WHO patient safety (2007)* yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KPPRS PERSI), dan dari *Joint Commision International (JCI)*

1. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

a. Standar SKP I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki mening- katkan ketelitian identifikasi pasien.

b. Maksud dan tujuan sasaran I

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada

pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu : pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan dan/ atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau Tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya di acara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identifikasi pasien dengan bar-code, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

c. Elemen penilaian sasaran I

- 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- 3) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis.

- 4) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan Tindakan /prosedur.
- 5) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

a. Standar SKP II

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

b. Maksud Dan Tujuan Sasaran II

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

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke computer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

c. Elemen penilaian sasaran II

- 1) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- 2) Perintah lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan Kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- 4) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

3. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High Alert*)

a. Standar SKP III

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high – alert*).

b. Maksud dan Tujuan Sasaran III

bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high – alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat – obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/ LASA*). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, *kalium klorida 2meq/ml* atau yang lebih pekat, *kalium fosfat*, *natrium klorida* lebih pekat dari 0,9% dan *magnesium sulfat* = 50% atau lebih pekat), kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan

baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat.

Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

c. Elemen penilaian sasaran III

- 1) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- 2) Implementasi kebijakan dan prosedur.
- 3) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati - hati di area tersebut sesuai kebijakan.
- 4) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

4. Sasaran IV : Kepastian Tepat - Lokasi, Tepat - Prosedur, Tepat – Pasien Operasi

- a. Standar SKP IV Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien operasi.
- b. Maksud dan Tujuan Sasaran IV

Salah lokasi, salah prosedur, pasien salah pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.

Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- 1) Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar
- 2) Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang
- 3) Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan / atau implant yang dibutuhkan. Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan checklist.

c. Elemen Penilaian Sasaran IV

- 1) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- 2) Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- 3) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi / time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan.
- 4) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5. Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

- a. Standar risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. SKP V Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
- b. Maksud dan Tujuan Sasaran V

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman hand hygiene bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk hand hygiene yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

- c. Elemen Penilaian Sasaran V
 - 1) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum dari (al. WHO *Patient Safety*).
 - 2) Rumah sakit menerapkan program hand hygiene yang efektif.
 - 3) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

6. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

- a. Standar SKP VI Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.
- b. Maksud dan Tujuan Sasaran VI

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

c. Elemen Penilaian Sasaran VI

- 1) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- 2) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
- 3) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- 4) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

2.4 Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien (Asyiah, 2020) rumah sakit yang disusun ini mengacu pada *"Hospital Patient safety Standards"* yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakitan di Indonesia (Kemenkes RI, 2015). Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar menurut Kemenkes RI (2015) yaitu:

1. Standar I: Hak Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk

mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

2. Standar II: Mendidik pasien dan keluarga Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasiendalam asuhan pasien
3. Standar III: Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
4. Standar IV : Penggunaan metoda- metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. Standar V : Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
 - a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian yang tidak diharapkan.
 - b. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - c. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - d. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
6. Standar VI: Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
 - a. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.

- b. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan Untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
7. Standar VII: Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien
- a. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Menurut Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2015), dalam menerapkan standar keselamatan pasien maka rumah sakit harus melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien yaitu sebagai berikut.

- 1) Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien. Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- 2) Pimpin dan Dukung Staf Anda Bangunlah Dorong staf Anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang penerapan program keselamatan pasien rumah sakit Anda.
- 3) Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
- 4) Kembangkan Sistem Pelaporan Pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).

- 5) Libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien Mengembangkan cara- cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- 6) Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien Dorong staf Anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul
- 7) Cegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

2. 5. Insiden Keselamatan Pasien

Menurut PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, dan kejadian potensial cedera. Adapun jenis-jenis insiden yang ditetapkan dalam PMK No. 11 Tahun 2017 adalah sebagai berikut.

1. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contohnya obat-obatan LASA (*look a like sound a like*) disimpan berdekatan.
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contohnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan yang seluruhnya diambil (*omission*) yang dapat mencederai pasien tetapi cedera tidak terjadi karena:
 - 1) “keberuntungan” (misalnya pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat); dan

- 2) “peringatan” (misalnya pasien secara tidak sengaja telah diberikan suatu obat dengan dosis lethal, segera diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya sehingga tidak menimbulkan cedera berat).
4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat dilakukan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil suatu Tindakan (*ommission*) dan bukan karena penyakit dasarnya (*underlying disease*). Cedera dapat karena kesalahan medis atau bukan karena kesalahan medis. Contoh dari. Contoh KTD adalah pasien yang diberikan dengan kesalahan berupa salah membaca dosis obat pada resep sehingga pasien merasakan efek samping obat tersebut.
5. Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk memperthankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Kejadian sentinel biasanya dipakai untuk kejadian tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata sentinel terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi misalnya amputasi pada lokasi yang salah, dll, sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

3. Konsep Dasar Kamar Operasi

3.1 Pengertian

Kamar operasi atau kamar bedah adalah ruangan khusus di rumah sakit yang dipergunakan untuk melakukan pembedahan baik elektif maupun akut yang membutuhkan keadaan yang steril (Kemenkes RI, 2012).

Menurut Abedini, Li, & Ye, (2017) operasi dikategorikan ke dalam dua kasus utama: kasus elektif dan kasus darurat. Kasus yang elektif dijadwalkan beberapa hari sebelum tanggal intervensi, tetapi kasus

darurat harus dijadwalkan sesegera mungkin. Waktu pemakaian jam bedah elektif yang efisien adalah 10 jam dimulai dari 0 jam hingga jam ke 10 dengan hanya menyisakan 1 jam untuk in- efisien waktu yang tidak digunakan bukan yang digunakan berlebihan karena bisa menggeser jam pemakaian berikutnya).

3.2. Pembagian Daerah Kamar Operasi

1. Daerah Publik

Daerah yang boleh dimasuki semua orang tanpa syarat khusus, ruang tunggu keluarga, gang, doorlop, teras, depan dan komplek luar Gedung kamar operasi.

2. Daerah Semi Publik

Daerah yang bisa dimasuki oleh orang-orang tertentu saja, yaitu petugas. Biasanya diberi tulisan dilarang masuk selain petugas dan sudah ada pembatasan tentang jenis pakaian yang dikenakan oleh petugas (pakaian khusus kamar operasi) serta menggunakan alas kaki khusus di dalam kamar operasi.

3. Daerah Aseptik

Daerah kamar bedah itu sendiri yang hanya bisa dimasuki oleh orang yang langsung ada hubungan dengan kegiatan pembedahan. Umumnya daerah yang harus dijaga kesucihamaannya. Daerah aseptik dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

a. Daerah Aseptik 0

Yaitu lapangan operasi, daerah tempat dilakukannya pembedahan.

b. Daerah aseptik 1

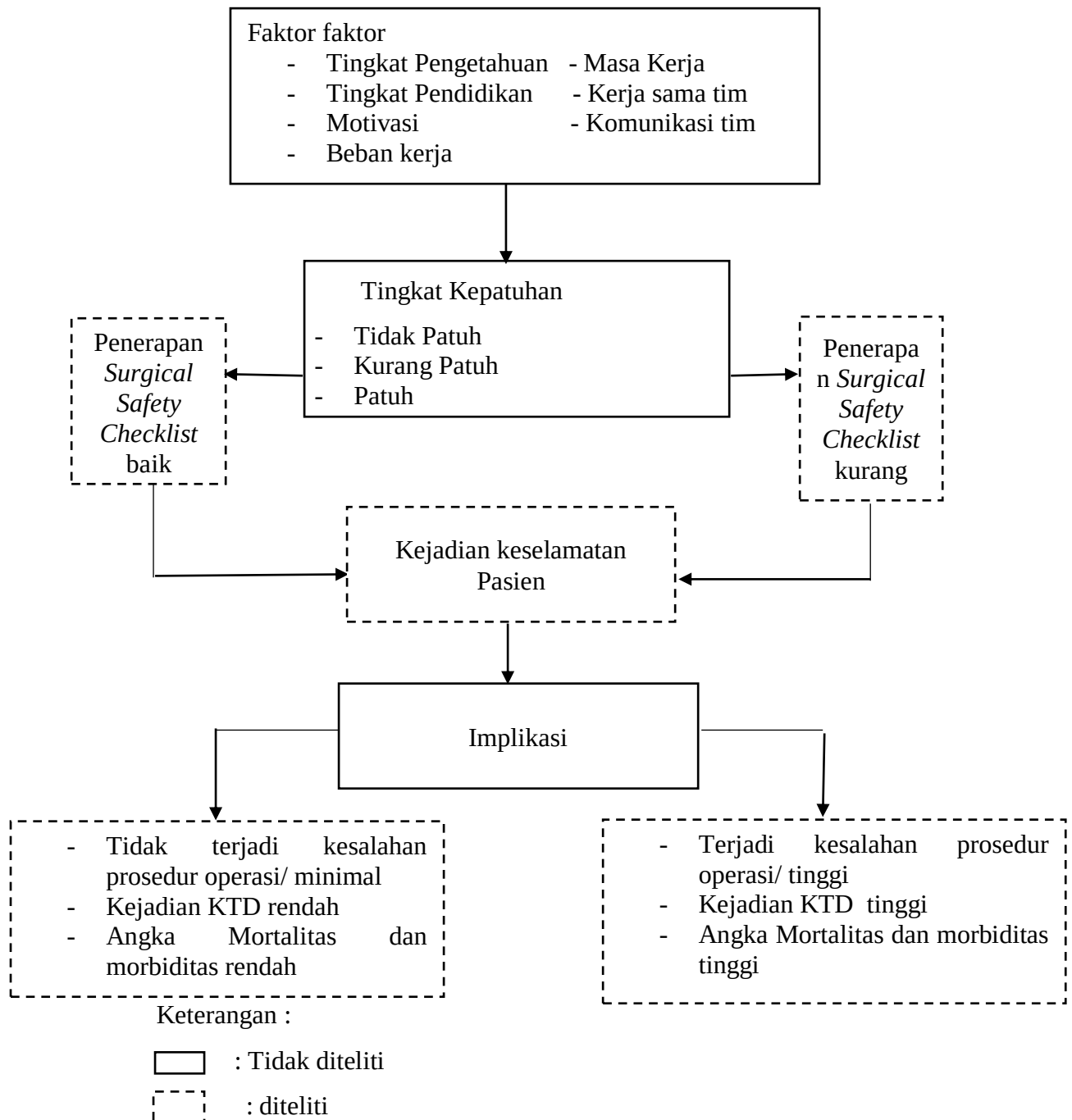
Yaitu daerah memakai gaun operasi, tempat linen/ kain steril, tempat instrument dan tempat perawat instrument mengatur dan mempersiapkan alat.

c. Daerah aseptik 2

Yaitu tempat mencuci tangan, koridor penderita masuk, daerah sekitar ahli anesthesia (Kemenkes RI, 2012).

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori yang sudah dikemukakan maka dapat ditarik suatu kerangka sebagai berikut :



Gambar 1.1 Kerangka teori, sumber : WHO (2017), Kemenkes (2017), Weyser & Haynes (2018)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah *Literature Review* yaitu dengan merangkum secara menyeluruh mengenai suatu topik untuk mengidentifikasi, menilai dan menginterpretasi seluruh temuan-temuan pada suatu topik penelitian yaitu “Kajian tentang Penerapan *Surgical Safety Checklist* hubungannya dengan dampak ataupun implikasinya terhadap kejadian keselamatan pasien”. Protokol dan evaluasi dari *Literature Review* ini akan menggunakan PRISMA *checklist (Preferred Reporting Items For Systematic Reviews and Meta Analyses)* untuk menyeleksi studi yang telah ditemukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *Literature Review*. PRISMA tidak hanya berfokus pada pelaporan review yang mengevaluasi uji coba secara acak akan tetapi juga digunakan sebagai dasar untuk melaporkan tinjauan sistematis terhadap jenis penelitian lainnya dan mengevaluasi sebuah intervensi. Metode ini dilakukan secara sistematis dengan mengikuti tahapan atau protokol penelitian yang benar. PRISMA bertujuan meningkatkan kualitas protokol tinjauan sistematis untuk membantu penulisan, memperbaiki pelaporan, tinjauan sistematis dan meta analisis.

B. Databased

Literature Review merupakan rangkuman menyeluruh beberapa studi penelitian yang ditentukan berdasarkan tema tertentu. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, yaitu data yang diperoleh bukan dari pengamatan langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang didapat berupa artikel jurnal bereputasi baik nasional maupun internasional dengan tema yang sudah ditentukan. Pencarian *Literature* dalam *Literature Review*

ini menggunakan *database* dengan kriteria kualitas tinggi dan sedang, yaitu *Google Scholar*.

C. Kata Kunci

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan *keyword* dan *boolean operator* (AND, OR NOT or AND NOT) yang digunakan untuk memperluas dan menspesifikkan pencarian sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* dan terdiri dari sebagai berikut :

Tabel 2.1 Kata Kunci / Keyword

<i>Surgical Safety Checklist</i>	AND	Kejadian Keselamatan Pasien	AND	Kamar Operasi
----------------------------------	-----	-----------------------------	-----	---------------

D. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria yang di ambil untuk *Literature Review* yaitu artikel atau jurnal dengan tema Penerapan *Surgical Safety Checklist*. Artikel atau jurnal yang tidak sesuai dengan kriteria inklusi maka tidak digunakan untuk study *literature review* ini. Strategi yang digunakan untuk mencari artikel menggunakan PICOS framework, yang terdiri dari:

1. *Population/problem* : populasi/masalah yang akan di analisa.
2. *Intervention/indicators* : tindakan atau indikator pada masalah yang terjadi.
3. *Comparation* : perbandingan dari penatalaksanaan lain.
4. *Outcome* : suatu hasil dari penelitian.
5. *Study Design* : model penelitian yang digunakan untuk di review

Tabel.2.2 Kriteria inklusi dan eksklusi dengan format PICOS

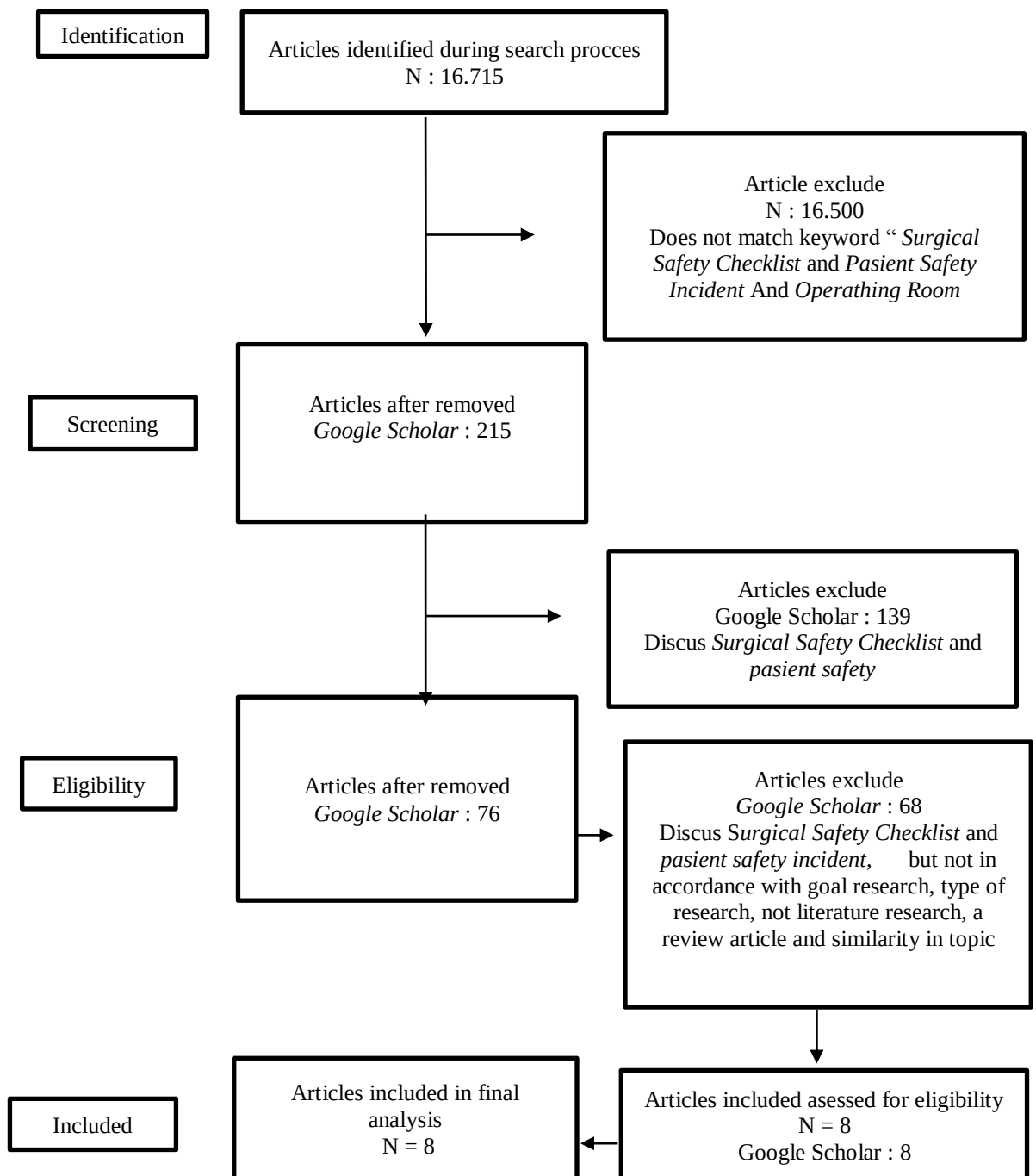
Kriteria	Inklusi	Eksklusi
Problem/populasi	Studi Perioperatif tentang Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i>	Studi Perioperatif yang tidak mengulas tentang <i>Surgical Safety Checklist</i>

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
Intervention	Studi yang berfokus meneliti tentang Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> dan dampak implikasi penerapannya	Study penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> selain membahas dampak implikasi
Comparation	Implikasi Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i>	Tidak ada
Outcome	Data Implikasi Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> , adanya hubungan kepatuhan penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> dengan kejadian keselamatan pasien	Data negatif tidak melakukan atau Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> yang kurang
Study design dan tipe publikasi	Semua jenis design penelitian yang relevan (<i>Deskriptif, Kuantitatif, Kualitatif, Survey analitik,</i>) Tipe publikasi: <i>Full Text, Open access research article</i>	Systematic/ Literature review
Tahun terbit	Jurnal yang terbit tahun 2019-2024	Jurnal yang terbit sebelum tahun 2019
Bahasa	Jurnal dengan bahasa indonesia dan bahasa inggris	Jurnal selain Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris

E. Proses Seleksi Artikel

Artikel utama yang akan dimasukkan dalam penelitian ini yaitu penelitian yang mengevaluasi berbagai aspek tentang pelaksanaan penerapan *Surgical Safety Checklist* di kamar operasi. Setelah mengidentifikasi semua artikel yang relevan, teks lengkap kemudian dievaluasi untuk mengekstrak data yang relevan. Selanjutnya isi dari data yang diambil dinilai semua oleh penulis. Peneliti mengekstrak data dari data yang dihasilkan dan yang

memenuhi syarat menggunakan tabel ekstraksi data standar yaitu penulis (tahun), tujuan penelitian, desain penelitian, sampel dan temuan. Setiap artikel yang diekstraksi diperiksa silang untuk memastikan akurasi dan meminimalkan bias pelaporan. Hasil dari temuan disajikan secara naratif.



Gambar 1.2 Skema Diagram Prisma

F. Proses Pengumpulan Data

Pada penelitian *literature review* menurut Nursalam (2016) peneliti membuat lembar ceklist berdasarkan template PRISMA untuk memeriksa secara random artikel yang dipilih dan melakukan penyesuaian berdasarkan guideline. Peneliti kemudian melakukan ekstrasi dari data berdasarkan kriteria inklusi dengan tahapan sebagai berikut

1. Penyusunan proposal *literature review* sesuai topik rangkuman yang dilakukan.
2. Penentuan dan penyusunan protokol registrasi yang digunakan berdasarkan PRISMA.
3. Menentukan kata kunci yang akan digunakan dengan *phrase searching* dan *boolean operator* untuk mencari artikel.
4. Menentukan database yang akan digunakan dengan menggunakan *Google Scholar*.
5. Menentukan kriteria kelayakan dengan strategi pencarian artikel menggunakan PICOS *framework* yang disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
6. Proses penyeleksian studi dengan membaca seluruh artikel dan melakukan seleksi pada artikel yang tidak dibutuhkan dengan *diagram PRISMA*.
7. Memperhatikan resiko bias dengan *critical appraisal* dengan ceklis untuk menentukan studi yang akan dimasukkan.
8. Artikel yang sudah sesuai dengan protokol dan kelayakan kemudian akan dianalisa satu persatu untuk menentukan hasil dan pembahasan studi.

G. Penilaian Kualitas

Terdapat (8 artikel) yang akan dibahas tentang Penerapan *Surgical Safety Checklist*. Terdapat 5 jurnal yang berbahasa Indonesia dan 3 jurnal berbahasa Inggris di peroleh dari *database Google Scholar*. Pencarian jurnal dilakukan dengan menggunakan kata kunci “*Surgical Safety Checkist and Pasient Safety Incident and operathing room*” yang kemudian dianalisis menggunakan *critical appraisal* untuk menganalisis jurnal studi terpilih sehingga mengetahui persamaan dan perbedaan dari jurnal tersebut. Sehingga didapatkan penilaian keseluruhan masing-masing jurnal.

Tabel 2.3 Penilaian Kualitas

Peneliti	Study Design	Hasil Penilaian
Muh. Audini Mukhlisiddin, (2023)	Analitik Observasional dengan cross sectional	75%
Muhammad Fauzi (2023)	Analitik Korelasional dengan cross sectional	75%
Redy Permana (2019)	Analitik Observasional dengan cohort retrospektif	100%
Ariman Mendrofa, Seriga Banjarnahor (2024)	kuantitatif dengan pendekatan penelitian cross sectional	75%
Susi Nurhayati (2019)	Observasional	75%
Haugen, A.S., et all, (2019)	Randomized Control Trial	100%

Peneliti	Study Design	Hasil Penilaian
Ramsay, G., et all (2019)	Study Cohort Populasi	100%
Chhabra, A., et all (2019)	Observational Study	100%

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Surgical safety checklist merupakan suatu sistem berupa daftar periksa/ *checklist* yang digunakan dalam upaya mencegah terjadinya Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD)/ *Adverse Events* dalam pembedahan. Berguna untuk memantau keselamatan pasien dan merupakan suatu alat atau sarana yang sangat penting dalam penerapan *patient safety* atau keselamatan pasien khususnya di dalam ruang operasi.

Hasil kajian dalam penelitian *literatur review* ini, dari 7 studi terpilih dapat disimpulkan sebagai berikut bahwa :

1. Terdapat hubungan penerapan *Surgical safety Checklist* dengan kejadian keselamatan pasien. Terdapat dampak kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* terhadap meningkatnya keselamatan pasien di ruang instalasi bedah sentral dan memiliki dampak positif dalam meningkatkan komunikasi efektif sesama tim bedah.
2. Penerapan *Surgical safety Checklist* berdampak positif terhadap penurunan angka morbiditas, komplikasi post- operasi, mortalitas pada pasien yang dilakukan tindakan pembedahan. Implementasi *surgical safety checklist* dapat membantu mencegah kesalahan dan mengurangi angka kejadian mortalitas dan morbiditas selama pelayanan pembedahan. Penurunan angka mortalitas, komplikasi post- operasi, morbiditas setelah penerapan *Surgical Safety Checklist* (SSC) akan meningkatkan keselamatan pasien operasi. *Surgical Safety Checklist* (SSC) dapat mengarah pada hasil yang lebih baik dengan meningkatkan kerja tim, komunikasi, dan sikap terhadap kualitas dan keselamatan pasien operasi. Selain itu, *Surgical Safety Checklist* (SSC)

juga menunjukkan manfaat dengan proses perawatan dan hasil *recovery* pasien yang lebih baik.

3. Dari berbagai metode dan design penelitian dapat disimpulkan bahwa dengan penerapan *Surgical Safety Checklist* membantu dalam usaha meningkatkan keselamatan pasien/ *Pasien Safety* di kamar operasi/ bedah

B. SARAN

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit dapat memperhatikan terkait pentingnya SOP kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* secara efektif sehingga dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas di rumah sakit.

2. Bagi ilmu keperawatan

Berdasarkan hasil penelusuran *literature* peneliti menyarankan kepada keilmuan keperawatan agar dapat mengadakan pembelajaran terkait pentingnya kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* terhadap keselamatan pasien di ruang operasi.

3. Bagi Tim Bedah (Dokter, Perawat, tim kesehatan lain)

Diharapkan tim bedah mematuhi dan menerapkan Standar Operasional Prosedur (SOP) dengan menggunakan *surgical safety checklist* sebagai alat atau sarana yang penting dalam penerapan *patient safety* khususnya di ruang operasi.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian terkait pengaruh kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* terhadap *patient safety* di ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) atau di ruang operasi dengan variabel-variabel lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abedini, Li, & Ye, , *An optimization model for operating room scheduling to reduce blocking across the perioperative process*, Department of Mechanical Engineering, University of Kentucky, Lexington, KY, 40506, USA, 2017.
- Azizah, A., & Andyanie, E. (2020). *Fakto r Yang Berhubungan Dengan Sasaran Penerapan Patient Safety Perawat Ruang Inap RSUD LAMADUKELLENG 2020 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor . 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien , melalui pelayanan yang menerapkan standar keselamatan*. 1(2), 148–156.<https://jurnal.fkm.umi.ac.id/index.php/woph/article/view/81/53>.
- Amiruddin, Emilia, O., Prawitasari, S., & Prawirodihardjo, L. (2018). *Hubungan Kepatuhan Tim Bedah dalam Penerapan Surgery Safety Checklist dengan Infeksi Luka Operasi dan Lama Rawat Inap pada Pasien Seksio Sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Baru*. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 5(3), 145. <https://doi.org/10.22146/jkr.39666>.
- Alfiah, N. 2016. *Gambaran Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di Unit Rawat Inap RSUD Haji Padjonga Daeng Ngalle Kabupaten Takalar*. *Penelitian. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar*. Makassar.
- Chhabra. A, et al., *Role of Perioperative Surgical Safety Checklist in Reducing Morbidity and Mortality among Patients: An Observational Study*, Departments of Surgery and 1Anaesthesia, GGS Medical College and Hospital, Faridkot, Punjab, India, 2019.
- Daud AW, *Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional*. Jakarta; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2020.
- Fauzi. M, *Hubungan Kepatuhan Penerapan Surgical Safety Checklist Dengan Keselamatan Pasien Seksio Caesarea Di Rumah Sakit Graha Kraksaan Kabupaten Probolinggo*, *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia* Vol. 2 No. 9 September 2023 <https://journal-mandiracendikia.com/jikmc>
- Gitelis B. ., Adelaide Kaczynski B.S., Torin Shear M.D., Mark Deshur M.D., Mohammad Beig B.B.A., Meredith Sefa R.N., Jonathan Silverstein M.D., Michael Ujiki M.D, *Increasing compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist—A regional health system's experience*, 2017

- Guide To Surgical Site Marking. *Guidelines for Implementation of the Universal Protocol for the Prevention of Wrong Site, Wrong Procedure and Wrong Person Surgery*. Joint Commission (JC) Guidelines. 2012
- Habibah, T., & Dhamanti, I. (2020). *Tinjauan Pustaka Faktor yang Menghambat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit : Literature Review*. 9(4),449–460.<http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/download/1460/1140>.
- Haugen, A. S., *et all*. *Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes*. *Annals of Surgery*. 2019. Volume 269 Number 2.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR,. *Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention*. *BMJ Qual Saf*. 2011; 20(102-7).
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, *et al*. *A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population*. *N Engl J Med*. 2009; 360 (5)(491-9).
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR,. *Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention*. *BMJ Qual Saf*. 2011; 20(102-7).
- Hipkabi. (2014). *Buku Pelatihan Dasar-Dasar Keterampilan Bagi Perawat Kamar Bedah (Cetakan Ke-15)*. Hipkabi Press.
- Irnawati, N. E., & Anggorowati, A. (2017). *Surgical Cheklist Sebagai Upaya Meningkatkan Patient Safety*. *Journal of Health Studies*, 1(2), 40–48. <https://doi.org/10.31101/jhes.184>.
- Jager, E, *Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist Correlates with Reduced Surgical Mortality and Length of Hospital Admission in a High- Income Country*,2018
- Kemenkes RI. (2012). *Pedoman Teknis Ruang Operasi Rumah Sakit*. *Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik Dan Sarana kesehatan*, 70.
- Kemenkes RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 11*. *Kemenkes RI Jakarta*. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01514176%0Ahttps://www.kemhan.go.id/itjen/wp-content/uploads/2017/03/bn308-2017.pdf>

- KKPRS. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 25.
- Mendrofa. A, *Hubungan Penerapan Surgical Safety Checklist Dengan Infeksi Luka Operasi (ILO) Di Ruang Operasi Rumah Sakit Murni Teguh Medan*, Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Murni Teguh, 2024.
- Mukhlisiddin.M.A, *Hubungan Kepatuhan Perawat Kamar Bedah dalam Penerapan SPO Surgical Safety Checklist (SSC) dengan Keselamatan Pasien Operasi di Instalasi Bedah Sentral RSUD Waluyo Jati Kraksaan, An-Najat : Jurnal Ilmu Farmasi dan Kesehatan Vol.1, No.4 November 2023e-ISSN: 2987-4793; p-ISSN: 2987-2987, Hal 156-166 DOI: <https://doi.org/10.59841/an-najat.v1i4>*.
- Nursalam, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, 2016
- Nurhayati, S, *Kepatuhan Perawat Dalam Implementasi Surgical Safety Checklist Terhadap Insiden Keselamatan Pasien Ponek di Rumah Sakit Semarang*. 6(1), 25–30. (2019). <https://doi.org/10.34310/jskp.v6i1.215>
- Permana. R, *Hubungan Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Surgical Safety Checklist Dengan Kejadian Infeksi Post Sectio Caesarra di RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019*,
- Prasetyo, A.B., Bakri Maria H, Ratnawati., *Hubungan Pelaksanaan Operasi Dengan Kepatuhan Tim Operasi Dalam Penerapan Surgical Safety Checklist di Instalasi Bedah Sentral RSKIA Sadewa Yogyakarta*, 2017
- Ramsay, G., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Solsky, I., Leitch, J., Gawande, A. A., & Kumar, M. (2019). *Reducing surgical mortality in Scotland by use of the WHO Surgical Safety Checklist*. *British Journal of Surgery*, 106(8), 1005–1011. <https://doi.org/10.1002/bjs.11151>
- Sukasih, & Suharyanto, T. (2013). *Analisis faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pasien safety di kamar operasi rumah sakit premier bintaro*. 2(4). Jakarta.
- Vries, E., HA, P., Rogier, & Crolla. *Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes*. *The Journal of Urology*. 2011; 185 (4)(1329-30).
- Wangoo, Robin A. Ray, Yik-Hong Ho, *Compliance and Surgical Team Perceptions of WHO Surgical Safety Checklist; Systematic Review*, 2016
- Wardhani, V., *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*, Universitas Brawijaya Press (UB Press), 2017.

- Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA. *Effect of A 19-Item Surgical Safety Checklist During Urgent Operations in A Global Patient Population*. *Ann Surg*. 2010 May; 251(5)(976-80).
- World Health Organization. *Guidelines for Safe Surgery. Safe Surgery Saves Lives*. WHO, Geneva. 2009.
- World Health Organization. *Implementation Manual surgical Safety Checklist*. WHO Press, Switzerland. 2009.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Surgical Safety Checklist (SSC)*. WHO Publications, 62(5), 209. <https://doi.org/10.1097/01.orn.0000347328.35713.57>
- WHO. (2017). Patient safety. *Nursing Management (Harrow, London, England : 1994)*, 23(9), 12. <https://doi.org/10.7748/nm.23.9.12.s12> WHO Patient Safety., & World Health
- World Health Organization (WHO). *Patient Safety making health care safer* (World Health Organization). (2017)