

**FAKTOR- FAKTOR YANG MEMENGARUHI  
PELAKSANAAN *SURGICAL SAFETY*  
*CHECKLIST PATIENT SAFETY*  
DI RUANG OPERASI: STUDI  
*LITERATURE REVIEW***

**SKRIPSI**

**Diajukan menjadi sebuah persyaratan guna memperoleh gelar  
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang**



**SETIADI NUGROHO**

**23.0603.0101**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (SI)  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG  
2024**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Keselamatan pasien atau *patient safety* yaitu sebuah sistem yang membuat asuhan pada pasien yang lebih aman dengan langkah-langkah meliputi pengkajian, identifikasi, serta pengelolaan risiko pasien, serta pelaporan serta analisis insiden, kapabilitas belajar dari insiden serta tindak lanjutnya, serta penerapan strategi guna meminimalisasi terjadinya risiko pada pasien. Sistem ini mencegah cedera yang terjadi karena kesalahan atau tidak melaksanakan apa yang seharusnya dilaksanakan (Permenkes, 2017).

*Patient Safety* yaitu sistem yang menyeluruh yang diterapkan oleh profesional di bidang kesehatan, mulai dengan langkah evaluasi, melaksanakan identifikasi, dan analisa terhadap kejadian dengan tujuan yaitu meningkatkan kualitas layanan kesehatan (Hadi, 2017). Prinsip dasar layanan kesehatan yang memerlukan kesinambungan yang menjamin keselamatan bagi pasien yaitu prinsip *patient safety*. Pelayanan kesehatan tidak lagi hanya berpusat kepada layanan kepuasan pasien tapi yang lebih penting yaitu keselamatan pasien, harapannya pelayanan yang profesional yang fokusnya pada *patient safety* dan sekaligus pasien merasa puas (Budiono et al., 2014).

*Patient safety* sudah menjadi isu global di bidang kesehatan. Ada 6 (enam) sasaran *patient safety* di RS, yakni:

1. Ketepatan dalam mengidentifikasi identitas pasien.
2. Peningkatan komunikasi yang efektif dan efisien antara tenaga kesehatan.
3. Peningkatan keamanan penggunaan obat-obatan yang wajib diwaspadai.
4. Kepastian tepat lokasi operasi, tepat prosedur operasi, serta tepat pasien yang akan dilakukan operasi.
5. Pengurangan risiko infeksi yang terjadi terkait dengan pelayanan kesehatan.
6. Pengurangan risiko terjadinya jatuh pada pasien (Permenkes, 2011).

Kepastian tepat lokasi operasi, tepat prosedur operasi serta tepat pasien operasi masuk dalam salah satu sasaran *patient safety* karena banyak terjadi insiden yang tidak diharapkan di ruang operasi akibat proses pembedahan di ruang operasi.

Dengan 234 juta operasi yang dilaksanakan setiap tahunnya, perawatan pascaoperasi merupakan bagian penting dari perawatan kesehatan (Haynes et al., 2009). Tujuan pembedahan yaitu guna menyelamatkan nyawa pasien dan mencegah komplikasi serta kecacatan lainnya, akan tetapi ada banyak komplikasi yang bisa membahayakan nyawa pasien (WHO, 2009). Data dari WHO setiap tahunnya ada 224 juta pembedahan dilaksanakan diseluruh dunia, serta rata-rata terjadi 1 komplikasi pada pasien yang memicu morbiditas atau kesakitan serta mortalitas atau kematian setiap 35 detik. Komplikasi yang paling umum meliputi komplikasi prosedur bedah sebanyak 27,5%, kesalahan pengobatan 18,3 %, serta infeksi terkait perawatan kesehatan 12,2 %. WHO juga merilis data mengenai *patient safety* yang memperlihatkan bahwasanya 83,5% pasien yang menjalani pembedahan di Eropa terpapar infeksi (WHO, 2017). Pada tahun 2012, data mengenai keselamatan pasien di Indonesia memperlihatkan bahwasanya 37,9 persen kejadian terkait keselamatan pasien terjadi di Jakarta, sedangkan Jawa Tengah hanya 15,9 persen. Pelaporan Kejadian Nyaris Cedera atau KNC sebanyak 47,6 persen dan Pelaporan Kejadian Tidak Diharapkan atau KTD sebanyak 46,2 persen (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2012).

WHO pada tahun 2008 menyusun program "*Safe Surgery Saves Lives*" yang dijadikan bagian dari upaya guna meminimalisasi total komplikasi yang ditimbulkan oleh tindakan operasi di seluruh dunia. Ini dilaksanakan karena tingginya angka komplikasi yang ditimbulkan oleh tindakan operasi (WHO, 2009). Penggunaan *checklist* keselamatan bedah, juga dikenal sebagai SSC, dimaksudkan untuk meningkatkan keamanan tindakan bedah dan meminimalisasi kemungkinan komplikasi (WHO, 2009). SSC sudah terbukti efektif dalam meminimalisasi komplikasi dan kematian akibat pembedahan di ruang operasi. SSC telah diuji di delapan negara, dan hasilnya sangat memuaskan karena SSC bisa menjaga keamanan pasien dan mencegah kesalahan pembedahan. Pada

tanggal 14 Januari 2009, WHO secara resmi menganjurkan penggunaan SSC di ruang operasi (Haynes et al., 2009). Setelah SSC dipergunakan, angka komplikasi akibat operasi turun dari 19,9 persen menjadi 11,5 persen, dan angka kematian turun dari 1,9 persen menjadi 0,9 persen. Dari penelitian Haynes et al. (2009) ini memperlihatkan bahwasanya penggunaan SSC secara benar mampu menurunkan angka morbiditas dan angka mortalitas pada pasien. Penggunaan SSC yang benar menghasilkan hasil yang baik. Komplikasi akibat tindakan pascaoperasi secara keseluruhan turun dari 19,9 % menjadi 11,5 %, dan angka kematian turun dari 1,9 % menjadi 0,2 % hingga 0,9 %. Penelitian lain juga menemukan penggunaan SSC berhasil meminimalisasi 47 % kematian akibat insiden pascaoperasi dan 36 % morbiditas (Weiser & Haynes, 2018).

SSC mempunyai tiga tahapan utama. Tahap pertama yaitu *Sign In*, yang dilaksanakan sebelum pasien diberi anestesi. Selanjutnya ada tahap *Time Out*, yang dilaksanakan sebelum kulit diiris dan terakhir tahap *Sign Out* dilaksanakan setelah luka bedah dijahit atau sebelum pasien dipindahkan dari ruang operasi (WHO, 2017). Dengan mematuhi langkah-langkah SSC tersebut, perawat bedah bisa meminimalisasi risiko akibat pembedahan dan mencegah berbagai hal yang bisa membahayakan pasien. SSC tersebut telah dirancang secara efektif, efisien, dan mudah untuk diterapkan di ruang operasi, hanya saja dibutuhkan tambahan pengetahuan dan sosialisasi penerapan SSC secara berkala untuk bisa meningkatkan penerimaan dan konsistensi dalam melaksanakan poin-poin dalam SSC tersebut di ruang operasi. Pemahaman serta kemahiran dalam *patient safety* mempunyai kaitan yang erat dalam ketaatan penerapan SSC tersebut. Tetapi dalam kenyataannya ternyata tidak mudah dalam menerapkan SSC ini dan kepatuhan tim bedah dalam menjalankan prosedur SSC ini masih tergolong rendah (Weiser & Haynes, 2018).

Penelitian di Indonesia juga memperlihatkan kepatuhan terhadap penggunaan SSC di ruang operasi rumah sakit. Studi di Rumah Sakit Tugurejo Semarang mendapatkan data bahwasanya kepatuhan perawat terhadap pengisian SSC 93% (Nurhayati et al., 2019). Penelitian Karlina & Rosa (2018) mengenai ketaatan tim bedah pada pemakaian SSC di ruang operasi PKU Muhammadiyah Bantul

mendapatkan fakta bahwasanya pengisian SSC pada tahap *Sign in, Time out, Sign out* termasuk pada kriteria kurang patuh. Sejalan juga dengan penelitian di Rumah Sakit Umum KRT Setjonegoro Wonosobo mendapatkan data dalam implementasi pengisian SSC hanya 62% yang patuh dan responden yang tidak patuh 38% (Risanti et al., 2021). Menurut penelitian Risanti et al. (2021), aspek-aspek yang memengaruhi pelaksanaan SSC meliputi usia, tingkat pendidikan, lama bekerja, motivasi, sikap, dan pengetahuan. Sementara itu, jenis kelamin tidak mempunyai hubungan dengan tingkat kepatuhan perawat dalam mengisi dan menerapkan SSC.

Akibat jika SSC tidak dilaksanakan secara benar akan menimbulkan berbagai komplikasi seperti terjadinya infeksi luka operasi yang akan memanjangkan waktu rawat serta bisa mengakibatkan kematian (Amiruddin et al., 2018). Penelitian Yuliati et al. (2019) menemukan fakta bahwasannya akibat tidak dilaksanakannya SSC secara benar bisa menimbulkan insiden yakni salah dalam menentukan pasien, kesalahan tahapan operasi, kesalahan tempat operasi terutama pembedahan pada jaringan tubuh ganda yang tidak dilaksanakan penandaan lokasi operasi, salah pasien yang akan dioperasi, tidak diberinya antibiotik profilaksis atau diberi tapi waktunya tidak tepat, ketidaksiapan alat-alat operasi atau terjadi kontaminasi kuman pada alat operasi yang seharusnya steril, salah pemberian nama pada label patologi anatomi, salah pemberian dosis obat obatan pascaoperasi serta terjadinya infeksi luka pascaoperasi.

Masih rendahnya kepatuhan dalam penerapan budaya *patient safety* salah satunya yaitu dalam penerapan SSC bisa membahayakan bagi pasien. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit atau SNARS mengatakan bahwasanya penerapan SSC harus 100 % dilakukan dalam suatu tindakan operasi (KARS, 2017). Penggunaan SSC pada tahap pembedahan secara terstruktur akan sangat efektif jika disertai pada ketaatan perawat bedah pada penerapan SSC tersebut, dan kepatuhan penerapan SSC tersebut bergantung pada banyak faktor dari responden seperti pengetahuan, motivasi, pendidikan, umur, masa kerja, sikap, dan beban kerja (Yuliati et al., 2019).

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian tersebut diatas, peneliti tertarik guna mengetahui faktor yang mendasari mengapa SSC belum dilaksanakan secara optimal. Dengan diketahuinya faktor-faktor yang memengaruhi, diharapkan SSC dilaksanakan secara benar dan optimal sehingga tidak terjadi insiden pada pasien selama menjalani pembedahan di ruang operasi.

Dari kesimpulan diatas inilah yang membuat peneliti tertarik guna melaksanakan penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist Patient Safety* Di Ruang Operasi : Studi *Literature Review*. Peneliti memilih penelitian *literature review* dikarenakan dengan metode studi ini akan diketahui faktor-faktor yang memengaruhi SSC dari berbagai artikel penelitian sehingga bisa diambil kesimpulan yang tepat mengenai mengapa SSC sulit diterapkan.

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di ruang operasi.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden, yaitu tingkat pengetahuan, motivasi, tingkat pendidikan, umur, masa kerja, sikap, dan beban kerja.
- b. Mengidentifikasi kepatuhan tim bedah pada pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di ruang operasi.
- c. Menganalisa faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di ruang operasi.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Manfaat Teoritis

- a. Temuan penelitian diharapkan bisa memaparkan faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC di ruang operasi.

- b. Diharapkan bisa dipergunakan pada penelitian selanjutnya menyangkut faktor-faktor yang memengaruhi penerapan SSC di ruang operasi.

## 2. Manfaat Praktis

- a. Bagi peneliti diharapkan menambah pemahaman penulis mengenai beberapa faktor yang berkaitan pada pelaksanaan SSC di ruang operasi dan diharapkan bermanfaat untuk meningkatkan penerapan SSC di tempat peneliti bekerja.
- b. Bagi perawat yang bekerja di ruang operasi diharapkan bisa menambah ilmu pengetahuan mengenai SSC dan aplikasinya dalam mencegah *medical error* sebelum, sewaktu, dan pascapembedahan dan bagi perawat yang bekerja selain di ruang operasi diharapkan bisa menambah ilmu pengetahuan mengenai SSC.
- c. Bagi pasien diharapkan terhindar dari insiden dan komplikasi sebelum, sewaktu, dan sesudah pembedahan.
- d. Bagi institusi pendidikan diharapkan guna memperluas pengetahuan mengenai SSC dan sebagai dasar penelitian yang selanjutnya.
- e. Bagi Rumah Sakit diharapkan bisa dijadikan rekomendasi guna menyusun program kebijakan di tingkat manajemen keperawatan terkait *patient safety* di ruang operasi, sehingga meningkatkan *patient safety* di Rumah Sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Patient Safety**

##### 1. Definisi

*Patient Safety* atau keselamatan pasien telah menjadi isu global saat ini di berbagai negara (WHO, 2017). *Patient Safety* yakni sebuah program pada upaya menaikkan kualitas layanan yang terdapat pada Rumah Sakit. Sistem keamanan pasien meliputi asesmen risiko, penentuan serta pengelolaan risiko, pelaporan insiden, kemampuan guna belajar dari insiden, maupun solusi guna meminimalisasi risiko serta mencegah terjadinya cedera. Konsep keselamatan pasien bergantung pada identifikasi serta memecahkan permasalahan (Permenkes, 2017).

*Patient safety* sangat penting karena merupakan dasar dari pelayanan kesehatan yang baik serta berkualitas. *Patient Safety* merupakan sebuah indikator pada penilaian akreditasi institusi pelayanan kesehatan (Sriningsih & Marlina, 2020).

Menurut KARS (2017), *patient safety* mempunyai 6 (enam) sasaran yaitu ketepatan penentuan identitas pasien, peningkatan komunikasi yang efektif antara pemberi pelayanan, peningkatan keamanan obat yang wajib diamati secara ketat, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, serta tepat pasien operasi, menurunkan risiko infeksi *nosocomial* serta mengurangi risiko pasien jatuh.

##### 2. Tujuan *Patient Safety*

Menurut Hadi (2017), dengan penggunaan manajemen risiko pada seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan, program *patient safety* mempunyai tujuan untuk menaikkan kualitas mutu dan pelayanan kesehatan. Tindakan yang menyeluruh serta responsif kepada kejadian tidak diharapkan diperlukan untuk mencegah insiden serupa terjadi dimasa depan. Menurut Permenkes (2017), tujuan *patient safety* yaitu:

- a. Membangun budaya keselamatan pasien di fasilitas kesehatan.
- b. Dapat mengoptimalkan program layanan bagi pasien dan komunitas/masyarakat di rumah sakit.
- c. Dapat meminimalisasi kejadian yang berkaitan pada *patient safety*.
- d. Tercapainya program pencegahan risiko atau kejadian yang terkait dengan *patient safety*.

Tiap fasilitas kesehatan wajib memastikan *patient safety* dengan membangun sistem pelayanan yang mematuhi persyaratan *patient safety*. Standar tersebut berisi 7 langkah menuju *patient safety* menurut (Permenkes, 2017), yaitu:

- a. Pasien mempunyai hak untuk menerima informasi mengenai rencana perawatan yang akan dijalani.
- b. Memberi edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai kewajiban serta tanggungjawab yang harus dipenuhi pasien.
- c. Menjaga keselamatan pasien dan memastikan pelayanan yang berkesinambungan.
- d. Menerapkan metode untuk meningkatkan kinerja dalam rangka evaluasi serta program peningkatan *patient safety*.
- e. Kepemimpinan mempunyai peran penting guna upaya peningkatan *patient safety*.
- f. Memberi pelatihan kepada staf terkait aspek keselamatan pasien.
- g. Komunikasi menjadi elemen utama bagi staf dalam mencapai standar keselamatan pasien.

### 3. Sasaran *Patient Safety*

Menurut Permenkes (2017), ada 6 (enam) sasaran *patient safety*, antara lain:

- a. Ketepatan identifikasi pasien

Identifikasi pasien harus dilaksanakan dengan minimal dua cara, yaitu nama pasien dan nomor rekam medis. Sasaran ini digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang akan mendapatkan perawatan dan untuk menyesuaikannya dengan nama pasien tersebut. Semua prosedur medis seperti pemberian obat,

tranfusi darah, dan injeksi intravena akan diperiksa dengan menanyakan nama pasien dan melihat nomor rekam medis.

b. Peningkatan komunikasi yang efektif antara pemberi pelayanan.

Dalam hal ini komunikasi yang akurat, lengkap, jelas, serta bisa dimengerti bagi pemberi pesan sehingga bisa meminimalisasi kesalahan akibat pesan yang disampaikan tidak dipahami atau diterima secara jelas oleh penerima pesan. Komunikasi yang sering terjadi kesalahan yaitu advis dokter untuk pemberian terapi dan pelaporan hasil laboratorium melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit harus proaktif untuk membuat kebijakan untuk perintah lisan dan telepon, yaitu mencatat secara lengkap dan meminta penerima perintah untuk membaca ulang perintah pengobatan atau hasil-hasil laboratorium.

c. Peningkatan keamanan obat yang wajib diwaspadai

Dalam hal ini, obat-obatan yang harus diwaspadai yaitu obat-obatan yang sering memicu kesalahan serius dalam pemberiannya, seperti obat yang tampak serupa dan diucapkan dengan cara yang sama atau disingkat dengan NORUM kepanjangan dari Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip, seperti Aminofilin dengan Alinamin. Rumah Sakit wajib membuat kebijakan yang memastikan bahwasanya obat-obatan tersebut aman bagi pasien.

d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.

Kesalahan lokasi operasi, prosedur, serta kesalahan pasien operasi sangat mengkhawatirkan serta bisa terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini bisa terjadi karena tim bedah tidak berkomunikasi dengan baik, pasien tidak ditandai atau dilabeli di lokasi operasi, serta prosedur verifikasi pasien operasi tidak dilaksanakan. Faktor-faktor yang lain yaitu asesmen pada pasien tidak akurat, asesmen rekam medis tidak menyeluruh, hambatan komunikasi antar tim bedah dan tulisan yang tidak terbaca.

- e. Meminimalisasi risiko infeksi *nosocomial* atau infeksi akibat perawatan di rumah sakit atau institusi kesehatan.

Infeksi nosokomial, yaitu infeksi yang terjadi pada pasien yang menjalani perawatan di Rumah Sakit atau institusi kesehatan. Infeksi di aliran darah, saluran kemih, serta pneumonia yang disebabkan oleh ventilator yaitu infeksi yang paling umum. Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) yang tepat, memastikan alat yang dipergunakan pasien bersih maupun steril, serta praktik cuci tangan yaitu kunci untuk meminimalisasi infeksi ini.

- f. Meminimalisasi risiko pasien jatuh.

Perlu penerapan beberapa jumlah cara guna meyakini pasien tak berisiko jatuh. Usaha yang bisa dilakukan yaitu pemberian pendidikan kesehatan pada keluarga pasien yang mendampingi, memperhatikan keselamatan selama tidur, ke kamar mandi, pemberian gelang kuning untuk pasien yang berisiko jatuh dan pasien yang mendapatkan obat-obat tertentu yang bisa memicu jatuh pada pasien, contohnya pasien yang mendapatkan obat-obat penenang.

#### 4. Prinsip *Patient Safety*

Menurut Muhdar et al.(2021), prinsip *patient safety* yaitu :

- a. Pemahaman mengenai pentingnya nilai-nilai keselamatan pasien.
- b. Dedikasi yang tinggi terhadap layanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien serta kapabilitas guna mengenali insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien.
- c. Keterampilan dalam mengidentifikasi faktor penyebab potensi risiko yang berhubungan dengan keselamatan pasien.
- d. Kedisiplinan dalam melaporkan insiden yang berhubungan pada keselamatan pasien.
- e. Keterampilan dalam komunikasi terapeutik dengan pasien terkait faktor-faktor yang mungkin berdampak pada keselamatan pasien.
- f. Kecakapan dalam melaksanakan identifikasi mendalam mengenai keselamatan pasien.

- g. Kapabilitas guna memanfaatkan informasi dari insiden yang terjadi untuk mencegah kejadian serupa di masa depan.

#### 5. Insiden *Patient Safety*

Yakni insiden yang terjadi tanpa kesengajaan yang bisa memicu risiko cedera yang bisa dicegah sebelum kejadian tersebut menimpa pasien (SNARS, 2017).

Beberapa jenis insiden *patient safety* yaitu :

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), berupa kejadian yang telah terjadi serta memicu cedera dipasien.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC), berupa kejadian yang berisiko memicu cedera pada pasien tetapi tak terjadi pada pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC), berupa kejadian yang sudah berlalu atau menimpa pasien, tapi tidak terjadi cedera.
- d. Kejadian Potensial Cedera (KPC), kondisi yang berpotensi menyebabkan cedera pada pasien tetapi hal tersebut tidak sampai terjadi pada pasien.
- e. Kejadian *Sentinel* yaitu kejadian yang tidak diharapkan yang memicu cedera berat atau kematian.

### **B. *Surgical Safety Checklist* (Daftar Periksa Keselamatan Bedah)**

#### 1. Definisi

*Surgical Safety Checklist* atau daftar periksa keselamatan bedah yang disusun WHO ditahun 2009. SSC yaitu bagian dari kampanye *Safe Surgery Saves Lives* dan berfungsi sebagai alat komunikasi untuk memastikan keselamatan pasien. Tim bedah mempergunakannya sebagai daftar periksa untuk memastikan bahwasanya pembedahan aman dan berkualitas tinggi (Pauldi, 2021).

Untuk mencegah komplikasi pembedahan serta keselamatan pasien bedah maka harus diperlukan kesamaan pandangan diantara ahli bedah, ahli anestesi, penata anestesi serta perawat bedah yaitu dengan mempergunakan suatu pemandu yaitu *Surgical Safety Checklist* yang selanjutnya disebut SSC,

yang artinya yaitu *checklist* yang dipergunakan sebagai alat bantu dalam membuat asuhan pasien yang aman selama prosedur operasi dan mencegah terjadinya cedera. Tujuan SSC yaitu guna mempermudah tim mengikuti prosedur keselamatan pasien secara teratur, membantu dalam komunikasi verbal antar tim, serta mencegah kecelakaan yang membahayakan keselamatan pasien (HIPKABI, 2008).

## 2. Tujuan dan manfaat

SSC bertujuan guna meningkatkan komunikasi serta kerja tim bedah selama operasi, sehingga menjadikan tindakan bedah aman serta menjamin *safety* bagi pasien yang menjalani pembedahan (Wangoo et al., 2016). Manfaat SSC sebagai alat pemandu komunikasi tim bedah antara lain :

a. SSC disusun dalam rangka membantu tim bedah meminimalisasi insiden kejadian tidak diinginkan. Akibat banyaknya insiden selama pembedahan, WHO membuat SSC untuk meminimalisasi insiden tersebut. Penelitian memperlihatkan angka mortalitas akibat pembedahan berkurang 47% dan komplikasi berkurang 36% (Weiser & Haynes, 2018).

b. Menurunkan angka Infeksi Luka Operasi (ILO) serta risiko pasien kehilangan darah > 500cc. Angka ILO menurun dari 11,2% menjadi 6,6%, memperlihatkan adanya perbaikan dalam meminimalisasi jumlah luka operasi yang terjadi. Selain itu, risiko kehilangan darah juga berkurang secara signifikan dari 20,2% menjadi 13,2%, yang memperlihatkan adanya peningkatan dalam manajemen atau pencegahan kehilangan darah selama prosedur medis. Penurunan ini mencerminkan kemajuan dalam praktik medis yang mengarah pada hasil yang lebih baik dan keselamatan pasien yang lebih tinggi (Haynes et al., 2009).

c. SSC memberi informasi lengkap mengenai kasus yang sedang dikerjakan tim bedah, memberi konfirmasi rinci, serta menjadi pusat diskusi serta pembentukan tim (Lingard et al., 2004).

d. *Checklist* kertas membutuhkan biaya murah dan tak memerlukan kemahiran dalam teknologi bagi pengisiannya.

### 3. Implementasi *Surgical Safety Checklist*

Kelebihan SSC yaitu guna meningkatkan keamanan pembedahan, meminimalisir komplikasi serta mortalitas akibat pembedahan (Wæhle et al., 2020). SSC meningkatkan keselamatan pasien bedah sebelum, selama, serta pasca operasi dengan memungkinkan komunikasi yang efektif selama prosedur operasi (Schwendimann et al., 2019).

Penerapan SSC memerlukan seorang koordinator yang bertanggungjawab guna memeriksa *checklist*. Koordinator biasanya yaitu perawat atau dokter yang terlibat pada operasi (Sodikin et al., 2018). Koordinator bertugas memastikan semua tahapan dilaksanakan secara tepat dan benar, apabila ada tahapan yang belum dilaksanakan, koordinator bisa mengajukan operasi untuk berhenti sebentar untuk menjalankan langkah-langkah yang belum dilaksanakan sebelumnya (WHO, 2009).

SSC tersebut sudah baku dari WHO, terdiri dari 19 item dan bisa dimodifikasi sesuai kondisi rumah sakit dimana SSC tersebut diterapkan. Penerapan *Surgical Safety Checklist* dibagi dalam 3 (tiga) fase yakni fase sebelum dilaksanakan pembiusan atau fase *Sign In*, fase sebelum dilaksanakan insisi kulit atau fase *Time Out*, dan fase sebelum pasien keluar dari ruangan operasi atau fase *Sign Out*. Pada fase *Sign Out* untuk penghitungan ulang kasa dan alat pada pasien *Laparotomi* atau bedah perut dimulai ketika operator atau dokter bedah mulai menutup atau menjahit *peritoneum*. Menurut (Datusanantyo, 2013) ada kendala pada waktu fase *Sign Out* ini karena perbedaan persepsi antara dokter bedah, ahli anestesi, dan perawat bedah.

Adapun tahapan dalam fase sign *Sign In* meliputi tindakan mengonfirmasi identitas pasien apakah sudah sesuai atau belum. Pada pasien sadar ditanyakan nama dan dicocokkan dengan gelang pasien dan nomor identitas pasien. Pada pasien tidak sadar dilaksanakan dengan mengecek nama yang tertera di gelang identitas pasien dan nomor identitas pasien. Setelah identitas pasien terkonfirmasi secara benar, selanjutnya mengecek sisi pembedahan apakah sudah dilaksanakan

penandaan di tempat akan dilaksanakan operasi, selanjutnya mengecek prosedur pembedahan dan dicocokkan dengan rekam medis pasien (WHO, 2009).

Menjelaskan secara ringkas prosedur pembedahan kepada pasien dan kemudian mengecek apakah *Inform Consent* atau lembar persetujuan operasi sudah dilaksanakan atau belum. Prosedur berikutnya yaitu perawat anestesi mempersiapkan mesin anestesi dan mengecek apakah bisa berfungsi dengan baik, *pulse oxymetri*, dicek fungsinya apakah normal atau tidak. Selanjutnya mengonfirmasi kepada pasien apakah mempunyai riwayat alergi obat, kemudian risiko operasi terkait kondisi pernafasan,antisipasi kehilangan darah yang mungkin terjadi (WHO, 2009).

Tahap selanjutnya yaitu *Time Out* dimana pasien sudah dibaringkan di meja operasi dan dilaksanakan induksi anestesi, tetapi belum dilaksanakan insisi atau sayatan pada kulit. Tujuan *Time Out* yaitu guna menghindari kesalahan pasien, tempat, serta prosedur pembedahan. Sebagai bagian dari fase *Time Out*, seluruh tim bedah menyebutkan nama serta tugas dari petugas serta menegaskan kembali prosedur tindakan, sisi pembedahan, serta antisipasi risiko pembedahan. Dokter bedah memberi penjelasan mengenai masalah yang mungkin muncul selama pembedahan, sedangkan dokter anestesi memberi penjelasan khusus mengenai hal-hal yang harus diperhatikan selama operasi. Tim perawat bedah memastikan ketersediaan serta kesterilan alat, meyakinkan antibiotik untuk pencegahan telah diberikan 60 menit sebelumnya, serta mengecek kembali hasil pemeriksaan radiologi telah ada serta ditampilkan dan diverifikasi tepat pada nama, nomor rekam medis, serta alamat pasien (WHO, 2009).

Selanjutnya fase *Sign Out* yaitu proses akhir yang dilaksanakan sebelum menutup luka pembedahan atau sebelum pasien keluar dari ruang operasi. Koordinator melaksanakan *review* pembedahan, memastikan prosedur pembedahan tepat pada rencana, perawat instrumen menghitung jumlah alat, kasa, jarum yang telah dipergunakan, jika ada spesimen pemeriksaan patologi diberi pelabelan serta mengecek nama serta nomor rekam medis pasien. Selanjutnya mengonfirmasi alat bedah yang dipergunakan apakah ada yang tidak berfungsi, dari dokter bedah

memberi informasi mengenai rencana pemulihan dan pengelolaan pasien selanjutnya (WHO, 2009).

4. Tim pelaksana *Surgical Safety Checklist*.

a. Tim bedah

Tim yaitu kelompok dua orang atau lebih yang bekerja sama guna menggapai tujuan yang sama. Setiap tim mempunyai keahlian khusus serta tugas yang wajib dilaksanakan guna menggapai tujuan tersebut. Prosedur pembedahan adalah tanggungjawab bersama antara semua staf bedah yaitu ahli bedah, ahli anestesi, penata anestesi dan perawat di ruang operasi (Krasnova, 2020).

1) Ahli bedah/Dokter Bedah

Dokter bedah yaitu orang yang dipercaya oleh pasien serta keluarganya karena tujuannya yaitu menyelesaikan masalah pasien serta melaksanakan operasi yang bermutu, aman, handal, serta hemat biaya. Dokter bedah bertanggungjawab atas hasil pembedahan (Correia et al., 2019). Tugas dokter bedah selama operasi menurut (Cahyono, 2008):

- a) Melaksanakan pembacaan rekam medis, mempelajari dan memperkirakan hasil sesudah operasi.
- b) Melaksanakan penilaian keadaan pasien sebelum dilaksanakannya tindakan operasi.
- c) Meyakinkan kelengkapan instrumen bedah yang diperlukan selama operasi.
- d) Setelah mempelajari kondisi pasien, melaksanakan pengelolaan, perencanaan dan penjadwalan operasi.
- e) Menjelaskan risiko dan informasi secara jelas pada pasien serta keluarga terkait operasi yang nantinya dilaksanakan.

2) Perawat Kamar Bedah/Asisten Bedah

Perawat kamar bedah yaitu perawat yang bertanggungjawab untuk memberi asuhan keperawatan perioperatif kepada pasien yang akan

menjalani tindakan pembedahan dengan memastikan bahwasanya mereka mempunyai kemahiran, pemahaman, dan kemampuan untuk membuat keputusan berdasarkan nilai-nilai keilmuan, terutama dikamar bedah (HIPKABI, 2008).

Tugas sebelum pembedahan :

- a) Melakukan komunikasi dengan dokter bedah atas perencanaan tindakan operasi dan kemungkinan timbulnya komplikasi.
- b) Memberi kepastian pada dokter bedah siap untuk dilaksanakan insisi bedah area operasi.
- c) Memastikan kesiapan apabila terjadi kegawatan medis.
- d) Memastikan alat-alat operasi dan penunjang siap pakai.
- e) Mengatur posisi pasien.
- f) Melaksanakan desinfeksi area operasi.
- g) Melaksanakan penutupan sekitar area operasi atau *drapping*.
- h) Melaksanakan koordinasi dengan penata anestesi.

Tugas saat pembedahan

- a) Menolong dokter bedah guna membuka area operasi agar melapangkan dokter bedah saat melaksanakan tugasnya.
- b) Membantu dokter bedah dalam setiap tindakan yang dilaksanakan.
- c) Memantau jumlah perdarahan.
- d) Berkomunikasi dengan baik dengan dokter bedah selama pembedahan.
- e) Mengawasi alat-alat operasi/instrumen.
- f) Mengantisipasi kebutuhan dokter bedah selama operasi baik alat maupun kebutuhan personal.

Setelah pembedahan

- a) Menutup sayatan bedah mempergunakan metode steril.
- b) Membersihkan cairan, darah, dan substansi lainnya dari tubuh pasien.
- c) Melengkapi formulir patologi anatomi.

- d) Memberi edukasi atau pendidikan kesehatan mengenai operasi yang dilaksanakan pada pasien dan keluarga.
  - e) Memberi bantuan dalam pemindahan pasien ke ruang pemulihan kesadaran.
  - f) Memeriksa dan menyelesaikan dokumentasi catatan medis.
  - g) Memeriksa jumlah alat yang telah dipergunakan sebelum dipindahkan ke area sterilisasi.
- 3) Perawat Pemulihan  
Tugas perawat pemulihan menurut (Cahyono, 2008) :
- a) Melakukan kegiatan peningkatan mutu *patient safety*.
  - b) Memastikan ruang pulih sadar dalam keadaan bersih.
  - c) Menerima pasien dari ruang operasi sesuai prosedur.
  - d) Melakukan asuhan keperawatan pada pasien.
  - e) Melengkapi catatan perawat dan rekam medis selama di ruang operasi.
  - f) Melengkapi obat-obat atau infus pasien.
  - g) Melengkapi hasil pemeriksaan penunjang seperti hasil laboratorium dan pemeriksaan *X-Ray*.
  - h) Melakukan rencana keperawatan sesuai tugas.
  - i) Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dari ruang operasi.
  - j) Melakukan tindakan darurat sesuai standar yang ada.
  - k) Memelihara peralatan di ruang pulih agar siap pakai.
  - l) Melakukan upaya peningkatan mutu asuhan keperawatan.
  - m) Melakukan pencatatan asuhan keperawatan.
  - n) Melakukan serah terima dengan perawat ruangan.
  - o) Melengkapi catatan medis pasien.

#### 4) Perawat Instrumen

Perawat instrumen adalah perawat yang memiliki tanggung jawab terhadap manajemen alat-alat operasi pada macam-macam pembedahan secara spesifik (Potter et al., 2013). Tugas perawat instrumen:

Sebelum pembedahan :

- a) Menyiapkan ruangan operasi dan alat alat pada kondisi siap pakai.
- b) Menyiapkan set instrumen steril tepat pada jenis pembedahan yang akan di lakukan.
- c) Menyiapkan desinfektan dan alat-alat steril yang akan dipergunakan dalam pembedahan.

Saat pembedahan

- a) Memberi peringatan kepada tim apabila terjadi pelanggaran prosedur sterilisasi atau jika peralatan terkontaminasi.
- b) Membantu dokter bedah dan asisten bedah dalam mengenakan jas steril dan sarung tangan.
- c) Mengatur alat bedah dengan tertib tepat pada urutannya.
- d) Menerapkan disinfektan pada area kulit yang akan diinsisi.
- e) Menyediakan linen steril untuk kebutuhan *drapping*.
- f) Menyediakan peralatan bedah tepat pada kebutuhan.
- g) Memastikan benang jahitan dalam kondisi siap guna dipergunakan.
- h) Menjaga agar instrumen tetap dalam kondisi steril.
- i) Membersihkan alat dari darah selama prosedur bedah.
- j) Melaksanakan penghitungan secara cermat terhadap kasa, jarum, dan instrumen.
- k) Menyebutkan hasil penghitungan alat, kasa, dan jarum sebelum operasi dimulai dan sebelum penutupan luka.
- l) Menyiapkan larutan untuk membersihkan luka sayatan bedah.
- m) Membersihkan area kulit di sekitar luka setelah proses penjahitan.
- n) Menyediakan bahan untuk pemeriksaan laboratorium jika diperlukan.

Setelah pembedahan :

- a) Menyelesaikan pemasangan drain bila diperlukan.
- b) Memeriksa kerusakan kulit di area pemasangan elektroda.
- c) Mengganti alat tenun dan pakaian pasien, serta memindahkan pasien dari meja operasi ke kursi dorong.

- d) Melaksanakan pengecekan dan perhitungan ulang peralatan sebelum dipindahkan dari ruang operasi ke area sterilisasi.
- e) Melakukan verifikasi kembali catatan medis pasien selama proses operasi.

#### 5) *Circulating Nurse* atau Perawat *On Loop*

*On Loop* berperan sebagai perawat yang bertanggungjawab untuk memastikan bahwasannya semua peralatan yang diperlukan oleh dokter bedah atau perawat instrumen tersedia dan melaksanakan pengawasan terhadap pasien tanpa memicu kontaminasi di area steril. Sementara itu, perawat sirkulasi mempunyai tugas dan wewenang untuk mendukung kelancaran proses operasi (Potter et al., 2013).

#### Prapembedahan

- a) Menerima pasien yang datang.
- b) Memeriksa dengan cermat mempergunakan daftar periksa untuk memastikan obat, dokumen medis, cairan, peralatan medis, dan darah (jika ada) sudah lengkap.
- c) Menilai kondisi fisik pasien sebelum tindakan.
- d) Menyerahkan pasien beserta perlengkapannya sesuai daftar periksa kepada perawat di ruang tersebut.
- e) Menjelaskan kembali kepada pasien mengenai prosedur operasi, tim yang akan melaksanakan operasi, serta langkah-langkah operasi dengan cara yang mudah dimengerti.

#### Saat pembedahan

- a) Menyesuaikan posisi pasien berdasarkan tipe prosedur yang akan dilaksanakan.
- b) Membuka set alat steril dengan mematuhi prosedur aseptik.
- c) Memberi peringatan kepada tim jika ada pelanggaran dalam penerapan teknik aseptik.

- d) Mengikat jas dokter serta anggota tim bedah.
- e) Memantau volume perdarahan, produksi urin, kehilangan cairan, dan mencatat semua data tersebut.

#### Setelah pembedahan

- a) Menata dan membersihkan pasien setelah prosedur pembedahan selesai dilaksanakan.
- b) Membantu dalam proses pemindahan pasien ke kereta dorong pasien.
- c) Merekam tanda-tanda vital pasien.
- d) Mengukur tingkat kesadaran pasien.
- e) Menghitung alat-alat, obat, dan cairan yang dipergunakan selama operasi.
- f) Memeriksa kelengkapan rekam medis.
- g) Mencatat dan mendokumentasikan proses perawatan yang dilaksanakan selama prosedur operasi.
- h) Melaksanakan proses penyerahan tanggungjawab kepada perawat di ruang pemulihan.

#### 6) Perawat Anestesi

Perawat ini mempunyai latar belakang pendidikan khusus dalam bidang anestesi, seperti diploma anestesi atau D-III Keperawatan dengan pelatihan khusus di anestesi. Tugas utamanya yaitu mendukung pelaksanaan prosedur terkait pembiusan di ruang operasi. Paparan tugasnya diantaranya (Potter et al., 2013) :

#### Sebelum pembedahan

- a) Melaksanakan pemeriksaan fisik dan kesehatan pasien sebelum anestesi untuk mengevaluasi kondisinya tepat pada tanggungjawab yang ada.
- b) Menyambut pasien di area penerimaan.
- c) Memastikan peralatan dan mesin anestesi dalam kondisi siap dipergunakan.

- d) Memeriksa kinerja mesin anestesi dan alat pemantau.
- e) Menyiapkan peralatan di meja operasi.
- f) Menyiapkan peralatan *suction* dengan lengkap.
- g) Mengatur posisi meja operasi tepat pada jenis prosedur bedah.
- h) Memasang infus dan transfusi apabila diperlukan.
- i) Menyediakan premedikasi tepat sesuai instruksi dokter.
- j) Mengukur tanda vital pasien.
- k) Memindahkan pasien ke meja operasi.
- l) Menyiapkan obat bius selama prosedur dan membantu dokter anestesi selama proses pembiusan.

Saat pembedahan

- a) Menjaga saluran pernapasan tetap terbuka dan memastikan posisi tabung *endotracheal* tetap stabil.
- b) Mengawasi *Flow Meter* pada peralatan, untuk memastikan keseimbangan antara oksigen dan karbon dioksida.
- c) Menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh.
- d) Memantau tanda-tanda vital pasien.
- e) Memberi obat tepat pada petunjuk dari dokter.
- f) Melaporkan hasil pengawasan kepada dokter.
- g) Mencegah pasien dari risiko cedera seperti jatuh.
- h) Mengevaluasi dampak obat anestesi pada pasien.
- i) Melaksanakan tindakan resusitasi dalam situasi darurat medis.

Setelah pembedahan

- a) Menjaga saluran pernapasan pasien tetap terbuka.
- b) Mengawasi tanda-tanda vital pasien.
- c) Mengamati dan mendokumentasikan kemajuan pasien selama periode perioperatif.
- d) Mengevaluasi reaksi pasien terhadap anestesi.

Untuk menjadi tim yang efektif, setiap anggota wajib bekerjasama serta memahami kondisi saat pembedahan (Correia et al., 2019).

#### 5. Faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*

Pelaksanaan SSC di ruang operasi dipengaruhi oleh beberapa aspek antara lain (Yuliati et al., 2019; Risanti et al., 2021):

##### a. Faktor Pengetahuan Perawat

###### 1) Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan yaitu hasil dari menjadi tahu atau mengerti sesuatu setelah seseorang menggunakan panca indera mereka (rasa, penciuman, pendengaran, penglihatan, dan raba). Mayoritas pengetahuan didapat melalui telinga dan mata. Pengetahuan membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan atau kognitif, yakni komponen penting dalam proses pengambilan keputusan seorang perawat. Memengaruhi pemahaman seseorang mengenai sesuatu akan mendorong mereka untuk melaksanakan perilaku tertentu saat diperlukan. Pemahaman yang baik diharapkan berkorelasi dengan perilaku yang baik. Oleh karena itu, semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, semakin baik perilakunya (Notoatmodjo, 2012). Hasil penelitian yang dilaksanakan Murdyastuti (2010) didapatkan data bahwasanya ada korelasi antara taraf pengetahuan dengan pelaksanaan *patient safety*.

###### 2) Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012), pengetahuan mempunyai 6 tingkat yaitu:

###### a) Tahu atau *Know*

Tahu merujuk pada kemampuan untuk mengingat kembali materi yang telah dipelajari sebelumnya. Kemampuan ini mencakup pengulangan atau penarikan kembali informasi yang telah dipelajari sebelumnya.

###### b) Memahami

Memahami didefinisikan sebagai kapabilitas guna menguraikan dengan akurat serta membuat simpulan dari informasi.

c) Aplikasi

Kapabilitas guna menggunakan materi atau hal-hal yang sudah dipelajari dalam situasi nyata, seperti rumus, prinsip, teknik, atau memecahkan permasalahan.

d) Analisis

Kapabilitas guna membagi materi kedalam indikator-indikator yang terkait satu sama lain serta tetap ada didalam struktur dikenal sebagai analisis. Menggambar, memisahkan, melakukan klasifikasi merupakan beberapa contoh kemampuan analisis.

e) Sintesis

Kapabilitas guna meletakkan atau menggabungkan bagian dari suatu teori, seperti merencanakan, meringkas, dan menyesuaikan.

f) Evaluasi

Merupakan kapabilitas untuk menilai sesuatu. Ini dilaksanakan dengan menggunakan kategori sendiri atau yang telah ada.

3) Faktor yang memengaruhi pengetahuan.

a) Faktor internal (Notoatmodjo, 2012) :

1) Pendidikan

Pendidikan yaitu setiap upaya, pengaruh, perlindungan, serta bantuan yang diberi kepada anak yang bertujuan guna menjadi dewasa. Pendidikan berlangsung seumur hidup serta sebagai upaya guna menjadi kepribadian serta kapabilitas baik didalam maupun diluar sekolah.

2) Minat.

Minat yakni sebuah dorongan atau keinginan yang kuat terhadap sesuatu. Individu yang mempunyai pengetahuan mendalam dan minat yang kuat sangat mungkin untuk bertindak tepat sesuai dengan yang diharapkan.

3) Pengalaman

Pengalaman yaitu peristiwa yang dialami seseorang. Karena melibatkan emosi dan penghayatan, pengalaman tersebut akan

lebih mendalam dan berdampak pada sikap yang mudah dibentuk.

4) Usia

Semakin berumur seseorang, semakin matang mereka dalam berpikir dan bekerja, dan semakin baik mereka menggunakan koping mereka saat menghadapi masalah.

b) Faktor eksternal

1) Ekonomi

Dalam kasus ini, keluarga dengan status ekonomi yang lebih baik mempunyai lebih banyak kesempatan untuk mendapatkan pendidikan daripada keluarga melalui status ekonomi yang lebih rendah. Kesimpulannya, ekonomi bisa memengaruhi pengetahuan seseorang.

2) Informasi

Dapat diartikan sebagai keseluruhan makna. Individu yang berpengetahuan baik akan sering mencari informasi. Pengetahuan yang baik berbanding lurus dengan informasi yang diterima.

3) Lingkungan atau kebudayaan

Lingkungan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan individu. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai kebudayaan yang baik maka akan berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi individu (Notoatmodjo, 2012).

b. Motivasi

Motivasi yaitu aspek psikologis pada manusia yang berperan dalam mendorong partisipasi dan tanggungjawab seseorang, serta menjadi salah satu faktor yang menjaga perilaku manusia tetap fokus pada tujuan tertentu (Nursalam, 2014). Pengalaman kerja, apresiasi yang diterima, dan pemahaman yang kuat mengenai keuntungan dan kerugian pekerjaan akan memperlihatkan bahwasanya seseorang sangat termotivasi untuk melaksanakan pekerjaannya dengan sungguh-sungguh dan serius. Menurut

Zoeldan (2012), motivasi yaitu komponen yang memengaruhi kepatuhan pegawai terhadap pekerjaan mereka. Motivasi berasal dari sikap pegawai terhadap situasi pekerjaan mereka yakni kondisi yang mengarahkan mereka untuk mencapai tujuan pekerjaan. Pegawai yang termotivasi dalam bekerja akan melaksanakan pekerjaan mereka dengan sepenuh hati dan tepat pada standar yang telah ditetapkan. Untuk perawat yang sangat termotivasi, penerapan SSC juga akan lebih baik (Rohman, 2017).

#### 1) Jenis-Jenis Motivasi

Dorongan untuk bekerja bisa diklasifikasikan menjadi berbagai kategori. Menurut Winardi (2016), motivasi bisa bersifat negatif maupun positif, yang terbagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

- a) Motivasi positif, di mana orang diberi sesuatu yang berharga, seperti imbalan uang, pujian, dan peluang untuk tetap menjadi pegawai, jika mereka bekerja tepat pada standar perusahaan
- b) Motivasi negatif yaitu ketika seseorang diberi ancaman hukuman (misalnya, ancaman PHK, penurunan pangkat, dan sebagainya) jika kinerjanya di bawah standar.

Sama halnya Gregor dalam (Winardi, 2016), setiap jenis motivasi mempunyai tempatnya sendiri didalam organisasi, tergantung pada keadaan serta situasi yang berkembang.

#### 1) Tujuan dan Manfaat Motivasi

Ada banyak tujuan serta manfaat motivasi. Menurut Hasibuan (2015) antara lain :

- a) Menaikkan semangat serta kepuasan pegawai dalam bekerja.
- b) Menaikkan hasil kerja dan produktivitas pegawai.
- c) Memelihara kestabilan pegawai di perusahaan serta menaikkan kedisiplinan mereka.
- d) Memperbaiki proses perekrutan pegawai.
- e) Mewujudkan lingkungan serta hubungan kerja yang harmonis di dalam perusahaan.

- f) Menaikan loyalitas, kreativitas, serta partisipasi pegawai.
- g) Menaikkan taraf kesejahteraan pegawai.
- h) Menaikkan rasa tanggungjawab pegawai kepada tugas-tugas mereka.
- i) Memperbaiki efisiensi pemakaian peralatan serta bahan baku.

#### 1) Prinsi-Prinsip Motivasi

Motivasi kerja pegawai didasarkan pada beberapa prinsip. Menurut Hasibuan (2015) prinsip motivasi sebagai berikut:

##### a) Prinsip partisipasi

Untuk meningkatkan motivasi kerja, pegawai harus diberi kesempatan berpartisipasi guna menetapkan tujuan yang akan dicapai pemimpin perusahaan.

##### b) Prinsip komunikasi

Jika pemimpin memberi informasi yang jelas mengenai apa yang perlu dilaksanakan untuk menyelesaikan tugas, pegawai akan lebih mudah dimotivasi untuk melaksanakannya.

##### c) Prinsip mengakui bawahan

Dengan mengakui bahwasanya bawahan atau pegawai, mempunyai andil pada usaha pencapaian tujuan, pegawai akan lebih mudah didorong guna menggapai tujuan yang diinginkan oleh pemimpin.

##### d) Prinsip pemberi perhatian

Jika seorang pemimpin memperhatikan keinginan pegawainya, mereka akan termotivasi untuk melaksanakan apa yang diharapkan dari mereka.

##### e) Prinsip pendelegasian wewenang

Jika seorang pemimpin memberi bawahannya otoritas atau wewenang untuk mengambil keputusan mengenai apa yang harus mereka lakukan, bawahannya akan lebih termotivasi untuk mencapai tujuannya.

#### 1) Dimensi dan Indikator Motivasi

Menurut Zainal (2005), dimensi serta indikator motivasi yaitu sebagai berikut:

a) Kebutuhan akan prestasi (*Need Achievement*) yaitu dimensi yang terdiri dari empat indikator, yaitu

- 1) Keperluan guna menumbuhkan inovasi dan ide-ide baru.
- 2) Keperluan guna menaikkan kompetensi pribadi.
- 3) Keperluan guna menggapai pencapaian tertinggi dalam pekerjaan.
- 4) Keperluan guna bekerja dengan optimal dan produktif.

b) Tiga indikator membentuk dimensi kebutuhan akan afiliasi (*Need Affiliation*):

- 1) Keinginan guna merasa diterima.
- 2) Keperluan guna membangun hubungan yang harmonis antar pegawai.
- 3) Keinginan guna berpartisipasi serta bekerjasama diantara pegawai.

c) Terdapat tiga indikator yang membentuk dimensi keperluan akan kekuasaan (*Need for Power*):

- 1) Keperluan guna memberi dampak kepada individu lain.
- 2) Keperluan guna menumbuhkan kekuasaan serta tanggungjawab.
- 3) Keperluan guna memimpin serta bersaing dengan individu lain.

### c. Pendidikan

Pendidikan mempunyai hubungan yang kuat pada pengetahuan, karena pendidikan merupakan keperluan dasar manusia yang sangat penting guna pengembangan individu. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan penerimaan dan pengembangan pengetahuan dan teknologi. Pendidikan yaitu sebuah komponen yang memengaruhi pandangan individu karena setiap jenjang pendidikan punyai tingkat pengetahuan serta perspektif yang berbeda, sehingga tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan berdampak kepada persepsi seseorang, yang pada gilirannya akan memengaruhi perilaku (Pratama & Santoso, 2017).

Menurut Notoatmodjo (2012), semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah mereka menerima informasi, yang berarti mereka mempunyai lebih banyak pengetahuan. Hasil penelitian Yulianti et al. (2019) bahwasanya pendidikan adalah merupakan salah satu komponen utama yang memengaruhi

penerapan SSC. Menurut Delisle et al. (2020), SSC dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dimana negara dengan indeks pembangunan manusia yang tinggi akan lebih sering tim bedah dalam melaksanakan SSC, sedangkan negara dengan indeks pembangunan manusia yang lebih rendah setelah dilakukan penelitian, tim bedah juga lebih jarang melaksanakan SSC tersebut.

#### d. Umur

Ada korelasi antara usia dan tingkat kedewasaan seseorang. Bertambahnya usia memperlihatkan kematangan jiwa, yang berdampak pada kemampuan seseorang untuk berpikir rasional, membuat keputusan, memahami kebijakan, mengendalikan emosi, dan lebih terbuka terhadap pendapat orang lain (Anugrahini et al., 2010). Karena kondisi fisik, mental, kemampuan bekerja, dan tanggungjawab seseorang dipengaruhi oleh umur, produktivitas kerja yang lebih baik juga ditentukan oleh umur. Risanti et al. (2021) di dalam penelitiannya memperlihatkan terdapatnya korelasi secara signifikan diantara usia dengan kepatuhan pengisian SSC. Hasil temuan Anugrahini et al. (2010) juga mendapatkan data adanya korelasi antara tingkat umur pada ketaatan menjalankan pedoman *patient safety*.

#### e. Masa Kerja

Seperti disampaikan Pratama & Santoso (2017), masa kerja seseorang menunjukkan pengalaman kerja. Durasi atau masa kerja yang lebih lama membuat individu mengumpulkan lebih banyak informasi mengenai lingkungan kerja mereka, sehingga meningkatkan pengalaman mereka. Pengalaman ini memengaruhi cara seseorang memahami informasi, karena semakin lama seseorang bekerja, semakin luas pengetahuan mereka mengenai kondisi dan situasi yang ada. Dengan bertambahnya masa kerja, keterampilan dan pengalaman seseorang juga akan berkembang. Durasi atau masa kerja yang panjang secara langsung berhubungan dengan tingkat keterampilan dan kematangan individu dalam menjalankan tugasnya (Saifullah, 2015). Temuan dari Risanti et al. (2021) di RSUD Setjonegoro Wonosobo mendapatkan data

adanya korelasi antara durasi atau lama kerja dengan kepatuhan dalam pengisian SSC. Perawat dengan pengalaman kerja yang lebih panjang memperlihatkan tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dalam mengisi dan menerapkan SSC.

#### f. Sikap

Pengetahuan, pengalaman, dan pengalaman kerja seseorang berkaitan dengan pemahaman akibat tidak dilakukannya suatu kebijakan. Sikap memengaruhi perilaku seseorang. Sikap yang baik juga akan memengaruhi perilaku yang baik. Orang dengan pengetahuan yang baik serta terdapatnya aspek dari luar yang mendukung akan cenderung berpikir serta bersikap positif mengenai suatu hal (Notoatmodjo, 2012). Temuan Setiyajati (2014) mendapatkan data adanya hubungan antara sikap perawat dengan perilaku dalam melakukan implementasi *patient safety* di Instalasi Perawatan Intensif RS Dr. Moewardi Surakarta.

#### 1) Konsep sikap

##### a) Pengertian

Sikap yaitu tanggapan emosional kepada stimulus sosial. Sarwono (2018), mengatakan bahwasanya sikap bisa berupa penilaian emosional atau afektif (seperti perasaan senang, benci, dan sedih), kognitif atau pengetahuan mengenai sesuatu, dan kecenderungan untuk bertindak. Sikap juga didefinisikan sebagai kecenderungan untuk merespons terhadap individu, situasi, atau objek tertentu secara positif atau negatif.

Notoatmodjo (2012), menjelaskan bahwasanya sikap tidak bisa dilihat secara langsung, tetapi ditafsirkan melalui perilaku yang tertutup. Sikap tidak dianggap sebagai aktivitas atau tindakan, tetapi sebagai kecenderungan untuk melaksanakan sesuatu tertentu. Reaksi tertutup terhadap perilaku kesehatan yang dikenalkan membuat perspektif tetap tertutup. Selain itu, perspektif bisa mencakup kesiapan untuk menanggapi perilaku kesehatan.

## 2) Karakteristik Sikap

Menurut Notoatmodjo (2012), karakteristik sikap antara lain :

- a) Sikap yaitu kecenderungan untuk berpikir, merasakan, dan bertindak.
- b) Sikap mempunyai kemampuan untuk memotivasi.
- c) Sikap cenderung lebih konsisten dibandingkan dengan emosi dan pikiran.
- d) Sikap melibatkan penilaian terhadap objek dan terdiri dari tiga elemen, yaitu:

### (1) Komponen kognitif (komponen *perceptual*)

Aspek intelektual yang berkaitan dengan apa yang diketahui seseorang dikenal sebagai komponen kognitif. Aspek ini mencakup olahan pikiran seseorang terhadap situasi eksternal atau dorongan yang menghasilkan pengetahuan.

### (2) Komponen afektif (komponen emosional)

Aspek afektif yaitu aspek emosional yang berkaitan dengan penilaian apa yang diketahui seseorang. Setelah seseorang mengetahui mengenai rangsangan dari lingkungan luarnya, mereka akan mengolahnya lagi dengan melibatkan emosionalnya, yang menghasilkan penilaian atau pertimbangan mengenai apa yang mereka ketahui.

### (3) Komponen konatif (komponen perilaku)

Aspek yang berkaitan pada kecenderungan guna melaksanakan sesuatu atau bertindak.

## 3) Komponen pokok sikap

- a) Keyakinan, kepercayaan, ide, dan konsep mengenai sesuatu, artinya bagaimana pendapat, keyakinan, atau pemikiran seseorang mengenai sesuatu.
- b) Kehidupan emosional atau penilaian orang terhadap objek, yang berarti bagaimana penilaian orang tersebut terhadap objek, yang termasuk faktor emosi.

- c) Persiapan untuk bertindak atau berperilaku terbuka, atau kecenderungan untuk bertindak (Notoatmodjo, 2012).

#### 4) Kategori sikap

Menurut Notoatmodjo (2012), sikap terdiri dari :

##### a) Menerima (*receiving*)

Sikap menerima merupakan sikap individu yang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan oleh para petugas kesehatan saat melakukan penyuluhan program kesehatan.

##### b) Merespons (*responding*)

Merespons adalah sikap yang memberikan tanggapan. Apabila seseorang dimintai bantuan atau kerja sama oleh petugas kesehatan dan mereka merespons berarti mereka memberikan tanggapan. Sebaiknya petugas kesehatan tidak terlalu terfokus pada jawaban atau hasil yang tepat. Ide perilaku kesehatan yang dipromosikan telah diterima, seperti yang ditunjukkan oleh kecenderungan warga masyarakat untuk menanggapi dan menerima tugas yang diberi.

##### c) Menghargai (*Valuing*)

Menghargai yaitu cara untuk menghormati dan menganggap suatu hal penting. Dalam kaitannya dengan promosi kesehatan, menghargai apa yang telah disampaikan oleh petugas kesehatan dengan mendengarkan materi dan mengajak orang lain untuk melaksanakan apa yang telah disarankan. Diskusi mengenai masalah yang terkait juga bisa dilaksanakan.

##### d) Bertanggungjawab (*responsible*)

Bertanggung jawab diartikan sebagai sikap yang bersedia menanggung suatu kewajiban atas pilihan yang berkaitan dengan perilaku kesehatan yang telah dipilih. Bertanggungjawab yaitu ketika kita bersedia mengambil tanggungjawab atas keputusan perilaku kesehatan yang kita pilih.

#### 5) Faktor yang memengaruhi sikap

Menurut Azwar (2022) faktor-faktor yang memengaruhi sikap yaitu :

a) Pengalaman pribadi individu

Penghayatan kita terhadap stimulus sosial dipengaruhi oleh apa yang telah dan sedang kita alami sebelumnya. Sikap dibentuk oleh tanggapan, yang memungkinkan pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis.

b) Pengaruh orang lain yang dianggap penting.

Orang lain di sekitar kita juga yakni bagian dari masyarakat yang memengaruhi cara kita berperilaku. Seseorang yang kita anggap penting sangat memengaruhi cara kita berperilaku mengenai sesuatu.

c) Pengaruh kebudayaan.

Kebudayaan tempat kita dibesarkan sangat memengaruhi cara kita berperilaku terhadap berbagai masalah, bahkan tanpa kita sadari.

d) Media massa.

Sebagai alat komunikasi, berbagai jenis media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain sangat memengaruhi pendapat dan kepercayaan orang.

e) Lembaga pendidikan dan lembaga agama.

Sebagai sistem, lembaga pendidikan dan lembaga agama membentuk sikap orang karena keduanya menanamkan pemahaman dan konsep moral, serta batas-batas apa yang boleh dan tidak boleh dilaksanakan.

f) Pengaruh faktor emosional.

Tidak semua perasaan dipengaruhi oleh keadaan lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang sikap yaitu pernyataan yang didasarkan pada emosi yang berfungsi sebagai cara untuk melepaskan frustrasi atau mengalihkan perhatian dari pertahanan ego individu.

g. Beban kerja

1) Definisi

Menurut Mendagri (2008), beban kerja yaitu kumpulan tugas yang wajib dituntaskan oleh seseorang dalam waktu tertentu. Adapun pendapat Saksono & Sunyoto (2012) menyatakan beban kerja yaitu tindakan yang terlalu banyak dilaksanakan sehingga menimbulkan ketegangan dan stres.

Ini bisa terjadi karena kecepatan atau ritme kerja yang terlalu tinggi, volume kerja yang banyak, dan faktor lain.

## 2) Faktor yang memengaruhi

Faktor internal dan eksternal memengaruhi beban kerja. Menurut Pracinasari (2013), berbagai variabel yang kompleks memengaruhi beban kerja, seperti:

### a) Faktor internal

- 1) Jenis kelamin, umur, bentuk tubuh, status gizi, dan kondisi kesehatan yaitu beberapa faktor somatis.
- 2) Faktor pikiran termasuk persepsi, keyakinan, keinginan, dan kepuasan.

### b) Faktor eksternal

Berasal dari luar tubuh.

#### 1) Tugas bersifat fisik dan mental

Diantaranya kondisi lingkungan kerja, tempat kerja, beban yang diangkat, tata ruang dan sebagainya. Sedang tugas bersifat mental yaitu tanggungjawab, emosi, kerumitan pekerjaan dan lain sebagainya.

#### 2) Organisasi kerja

Ini mencakup kebijakan pembinaan dan pengembangan, waktu kerja yang lama, sistem kerja, standar mutu, istirahat yang lama, dan kebijakan *shift*.

#### 3) Lingkungan kerja

Ini mencakup jenis rumah sakit, lokasinya, fasilitasnya, ketersediaan peralatan medis, dan hal lainnya.

### 3) Jenis beban kerja

Menurut Bowling & Kirkendall (2012) menjelaskan jenis beban kerja yaitu :

- a) Beban kerja fisik yakni kemampuan fisik seseorang menjadi tolok ukur didalam melaksanakan suatu pekerjaan.

- b) Beban kerja mental memengaruhi kapabilitas mental pegawai serta mempunyai dampak pada psikologi mereka.
- c) Beban kerja kualitatif didefinisikan sebagai tingkat kesulitan dari tugas yang dilaksanakan.
- d) Jumlah total pekerjaan yang dilaksanakan seseorang dikenal sebagai beban kerja kuantitatif.

#### 4) Dampak

Beban kerja harus seimbang. Beban kerja yang terlalu tinggi atau terlalu rendah bisa memengaruhi produktivitas kerja seseorang. Beban kerja yang terlalu tinggi memicu stres kerja, konsentrasi yang menurun, dan keluhan pasien dari pelayanan. Sebaliknya, beban kerja yang terlalu rendah memicu orang menjadi bosan dan tidak fokus (Koesomowidjojo, 2017). Dalam bidang kesehatan dan keperawatan, beban kerja yang tidak sesuai standar bisa memicu kesalahan dalam pelaporan rekam medis pasien, kelelahan kerja, pekerjaan yang tidak selesai, atau kesalahan dalam pemberian obat pada pasien (Macphee et al., 2017).

Adapun Nursalam (2015), menyebutkan ada 3 cara untuk bisa menghitung beban kerja secara personal, yaitu :

##### *a) Work Sampling*

Teknik ini dibuat untuk melihat tugas yang harus diselesaikan oleh pegawai di suatu unit, bidang, atau jenis tenaga tertentu. Metode sampling pekerjaan memungkinkan untuk mengamati aspek khusus pekerjaan, seperti:

- 1) Aktivitas yang dilaksanakan oleh staf selama jam kerja.
- 2) Apakah aktivitas staf relevan dengan fungsi dan tanggungjawabnya selama jam kerja.
- 3) Distribusi waktu kerja untuk kegiatan yang menghasilkan hasil atau tidak menghasilkan hasil.
- 4) Polarisasi beban kerja individu dalam hubungan dengan waktu dan jadwal kerja.

*b) Time and Motion Study*

Metode ini memungkinkan kita untuk mengamati dan mengevaluasi dengan cermat kegiatan personel yang kita amati. Metode ini memungkinkan kita untuk mengetahui beban kerja personel dan kualitas kerjanya. Untuk menerapkan metode ini, langkah-langkah berikut harus dilaksanakan:

- 1) Memilih orang yang akan diamati sebagai sampel menggunakan teknik *purposive sampling*.
- 2) Menyusun formulir yang mencatat semua aktivitas yang dilaksanakan oleh setiap individu.
- 3) Formulir tersebut kemudian dipergunakan guna mengelompokkan seberapa sering dan baik aktivitas dilaksanakan oleh masing-masing personel selama periode observasi.
- 4) Menilai dan mengelompokkan aktivitas yang telah tercatat.
- 5) Menentukan waktu objektif yang dibutuhkan oleh personel untuk menyelesaikan tugas yang diberi.

*c) Daily Log*

*Daily Log*, juga dikenal sebagai pencatatan kegiatan sendiri, yaitu bentuk sederhana pekerjaan yang dilaksanakan oleh orang yang diamati dan mencakup kegiatan yang dilaksanakan serta waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya.

6. Analisis Kebutuhan Tenaga Berdasarkan Beban Kerja (WISN)

*Workload Indicators of Staffing Need* atau WISN menunjukkan jumlah tenaga kerja yang diperlukan di tempat kerja berdasarkan jumlah pekerjaan yang dilaksanakan. Perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan WISN terdiri dari lima tahap (Nursalam, 2015) :

a) Menetapkan waktu kerja tersedia

Tujuan menetapkan waktu kerja tersedia yaitu untuk mengetahui jumlah waktu kerja yang tersedia untuk setiap kategori sumber daya manusia selama satu tahun.

b) Menetapkan unit kerja dan kategori sumber daya manusia.

Menentukan unit kerja serta kategori sumber daya manusia melibatkan penetapan unit dan kategori sumber daya manusia yang bertanggungjawab untuk melaksanakan tugas, baik di dalam maupun di luar lokasi kerja.

c) Menyusun standar beban kerja

Standar beban kerja yaitu jumlah pekerjaan yang dilaksanakan oleh setiap pegawai selama satu tahun. Standar beban kerja untuk kegiatan pokok didasarkan pada waktu yang diperlukan guna menuntaskan pekerjaan serta waktu yang tersedia per tahun bagi tiap-tiap kriteria pegawai.

d) Menyusun standar kelonggaran

Penyusunan standar kelonggaran tujuannya yaitu untuk mengetahui faktor kelonggaran untuk setiap kategori sumber daya manusia. Faktor-faktor ini mencakup jenis kegiatan, jumlah kegiatan pokok pelayanan, dan waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi oleh kualitas yang rendah.

e) Penghitungan kebutuhan tenaga per unit kerja

Tujuan dari menghitung keperluan Sumber Daya Manusia per unit kerja yaitu untuk mengetahui berapa banyak serta jenis SDM yang dibutuhkan oleh setiap pegawai unit kerja berdasarkan jumlah pekerjaan yang dilaksanakan selama setahun.

## 7. Penghitungan tenaga

Menurut Depkes (2011) dan Nursalam (2015), pembagian unit kerja rumah sakit harus mempertimbangkan sesuai unit kerja yang ada. Rumah sakit biasanya membagi unit kerja menjadi kelompok-kelompok berikut:

a) Rawat inap

Metode penghitungan didasarkan pada klasifikasi pasien:

- 1) Kadar kebutuhan dukungan pasien menurut jenis kasus.
- 2) Total sesi perawatan yang dibutuhkan setiap hari untuk setiap pasien.
- 3) Durasi perawatan yang diperlukan per ruangan setiap harinya.
- 4) Waktu kerja yang produktif untuk setiap perawat per hari.

Jumlah pegawai keperawatan yang dibutuhkan yaitu (Depkes, 2011, dikutip oleh Nursalam, 2015).

Jumlah Jam Perawatan

Jam Kerja Efektif Per *Shift*

Untuk menghitung jumlah tenaga yang diperlukan, faktor koreksi dengan hari libur, cuti, atau hari besar harus ditambahkan.

$$\frac{\text{Jumlah hari minggu 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}} \times \text{Jumlah perawat tersedia}$$

- b) Tingkat ketergantungan pasien:  
Pasien dimasukkan ke dalam beberapa kategori berdasarkan seberapa banyak mereka membutuhkan perawatan keperawatan.
- 1) Asuhan keperawatan minimal (minimal *care*), dengan kriteria :
    - a. Perawatan kebersihan diri, seperti mandi dan mengganti pakaian, dilaksanakan secara mandiri.
    - b. Kegiatan makan dan minum dilaksanakan sendiri.
    - c. Mobilisasi dilaksanakan dengan pengawasan.
    - d. Pemantauan tanda-tanda vital dilaksanakan setiap pergantian *shift*.
    - e. Pengobatan diberi secara minimal, kondisi psikologis tetap stabil.
  - 2) Asuhan keperawatan sedang, dengan kriteria :
    - a. Bantuan diberi untuk menjaga kebersihan pribadi serta dalam hal makan dan minum.
    - b. Pemeriksaan tanda-tanda vital dilaksanakan setiap 4 jam.
    - c. Diberi bantuan dalam bergerak, dengan pengobatan yang dilaksanakan lebih dari sekali.
  - 3) Asuhan keperawatan agak berat, dengan kriteria :
    - a. Mayoritas kegiatan mendapatkan bantuan.
    - b. Pengamatan tanda-tanda vital dilaksanakan setiap 2-4 jam.
    - c. Kateter *foley* terpasang, dan pencatatan asupan serta keluaran cairan dilaksanakan.
    - d. Infus terpasang.
    - e. Pengobatan dilaksanakan lebih dari satu kali.

- f. Prosedur diperlukan untuk persiapan pengobatan.
- 4) Asuhan keperawatan maksimal, dengan kriteria :
- a. Semua aktivitas dilaksanakan dengan bantuan perawat.
  - b. Penempatan pasien diatur dan pemeriksaan tanda-tanda vital dilaksanakan setiap 2 jam.
  - c. Pasien makan melalui *Naso Gastric Tube* dan memerlukan *suction*.
  - d. Mengalami kegelisahan atau kebingungan.

Total perawat yang diperlukan yaitu (Depkes, 2011 dalam Nursalam, 2015):

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan di ruangan hari}}{\text{jam efektif perawat}}$$

Untuk menghitung jumlah tenaga tersebut, Anda harus memperhitungkan faktor koreksi di hari libur, hari cuti, atau hari besar (Depkes, 2011 dalam Nursalam 2015) :

$$\frac{\text{Jumlah hr minggu dalam 1 thn} + \text{cuti} + \text{hari besar} + \text{Jumlah perawat yg diperlukan}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}}$$

Diperkirakan 25% dari jam kerja keperawatan dihabiskan untuk tugas non-keperawatan (jumlah tenaga + *loss day*) x 25%.

- c) Jumlah tenaga untuk kamar operasi
- Dasar penghitungan tenaga di kamar operasi :
- 1) Kuantitas dan jenis prosedur bedah.
  - 2) Jumlah ruangan operasi.
  - 3) Penggunaan ruang operasi (diperkirakan selama 6 jam per hari) pada hari kerja.
  - 4) Tugas perawat di ruang operasi, termasuk perawat instrumen dan perawat sirkulasi (2 orang per tim).
  - 5) Tingkat ketergantungan pasien (Depkes, 2011 dalam Nursalam, 2015) :

- a. Operasi besar, memerlukan waktu 5 jam per operasi, memperlihatkan bahwasanya ini adalah prosedur yang kompleks dan memakan waktu.
- b. Operasi sedang, diperlukan 2 jam per operasi, yang berarti ini yaitu prosedur dengan tingkat kompleksitas sedang.
- c. Operasi kecil, hanya membutuhkan 1 jam per operasi, memperlihatkan bahwasanya ini adalah prosedur yang relatif sederhana dan cepat.
- d. Rumus:

$$\frac{(\text{Jumlah jam perawatan/hari jumlah operasi}) \times \text{jumlah perawat dalam tim}}{\text{Jam kerja efektif/hari}}$$

- d) Total tenaga diruang penerimaan (Depkes, 2011 dalam Nursalam 2015) :
  - 1) Waktu ketergantungan pasien di ruang penerimaan yaitu sekitar 15 menit.
  - 2) Durasi ketergantungan di ruang RR yaitu sekitar satu jam.

Rumus :

$$\frac{\text{Rata-rata jumlah pasien} \times \text{jumlah jam perawatan} / \text{hari}}{\text{Jam kerja efektif} / \text{hari}}$$

Gambar 2.1 Surgical Safety Checklist (WHO, 2017)

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

### C. Konsep Dasar Operasi

#### 1. Definisi Operasi (Pembedahan)

Tindakan operasi yaitu yakni suatu prosedur medis yang menggunakan metode invasif untuk menegakkan diagnose suatu penyakit, mengobati suatu penyakit, deformitas dan trauma (HIPKABI, 2008).

Operasi yakni prosedur invasif yang melibatkan pembukaan organ tubuh yang perlu ditangani, biasanya ini dilaksanakan melalui sayatan dan setelah organ tersebut terlihat, tindakan perbaikan dilaksanakan, diikuti dengan penutupan dan penjahitan luka operasi (Sjamsyuhidayat, 2016).

#### 2. Klasifikasi Operasi

Prosedur operasi dibagi menjadi tiga, yaitu berdasarkan tujuan operasi, tingkat kegawatan atau urgensi serta tingkat keseriusannya (Potter et al., 2013).

Berikut penjabaran dari ketiga klasifikasi operasi di atas :

##### a. Berdasarkan tujuan

Berdasarkan tujuan pembedahan, operasi masih diklasifikasikan lagi sebagai berikut :

##### 1) Diagnostik

Pembedahan jenis ini bertujuan untuk menegakkan diagnosa, termasuk pengambilan jaringan untuk dilaksanakan pemeriksaan patologi anatomi lanjut. Sebagai contoh operasi jenis ini yaitu operasi pada tumor payudara dengan mengambil sebagian jaringan tumor atau biopsi untuk pemeriksaan patologi anatomi.

##### 2) Ablatif

Yaitu operasi untuk mengambil sebagian anggota tubuh yang mengalami penyakit. Sebagai contoh yaitu operasi *appendiktomi* (usus buntu), amputasi, dan *kolesistektomi* (pengambilan kantong empedu).

##### 3) Paliatif

Yaitu operasi yang bertujuan untuk menghilangkan atau meminimalisasi gejala suatu penyakit, tetapi tidak untuk menyembuhkan, misalnya *colostomy* pada pasien kanker rektal.

#### 4) Rekonstruktif

Yakni operasi yang bertujuan untuk memperbaiki bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan atau disfungsi, bisa karena trauma atau suatu penyakit, misalnya *Open Reduction Internal Fixation* atau ORIF pada pasien fraktur tulang dan *hecting* pada *vulnus laceratum*.

#### 5) Konstruktif

Operasi ini bertujuan untuk memperbaiki atau mengembalikan fungsi yang hilang atau berkurang karena kelainan *kongenital* atau bawaan, misalnya operasi penutupan defek katup jantung.

#### 6) Transplantasi Operasi

Operasi ini bertujuan untuk melaksanakan penggantian terhadap organ atau jaringan yang mengalami malfungsi, misalnya transplantasi kornea, hepar atau ginjal.

#### b. Berdasarkan tingkat kegawatan

*National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death* atau NCEPOD dalam Koivukangas et al. (2020) membagi operasi berdasarkan kegawatan menjadi beberapa bagian, yaitu:

##### 1) *Immediate* (segera)

Operasi untuk penyelamatan nyawa, anggota tubuh atau intervensi penyelamatan organ tubuh. Biasanya dilaksanakan segera setelah diputuskan untuk operasi. Misalnya: operasi *Sectio Caesarea* pada persalinan kala 1 dengan *fetal distress* dan operasi pada *torsio testis*.

##### 2) *Urgent*

Operasi untuk penyakit akut atau kerusakan klinis yang mengancam nyawa, kondisi yang mengancam kerusakan atau malfungsi organ atau anggota tubuh, misalnya operasi fiksasi pada *multiple fracture*. Operasi ini dilaksanakan dalam hitungan jam setelah diputuskan.

##### 3) *Expedited*

Operasi yang dilaksanakan untuk perawatan diri dimana kondisi tidak mengancam nyawa, kelangsungan fungsi organ dan anggota tubuh. Operasi bisa dilaksanakan beberapa hari setelah diputuskan.

#### 4) *Elective*

Operasi yang direncanakan atau diprogramkan dari sebelum pasien masuk rumah sakit. Waktu disepakati dan disesuaikan antara pasien, dokter operator dan sesuai peraturan rumah sakit.

#### c. Berdasarkan tingkat keseriusan

Operasi berdasarkan tingkat keseriusan diklasifikasikan menjadi dua, yaitu :

##### 1) Operasi mayor

Operasi mayor biasanya melaksanakan pembukaan anggota tubuh secara luas, sehingga memungkinkan operator bisa melaksanakan eksplorasi terhadap area pembedahan. Pembedahan ini menimbulkan trauma besar pada jaringan, meningkatnya risiko infeksi, dan kemungkinan memanjangnya waktu operasi serta pemulihan. Biasanya menimbulkan bekas luka operasi yang panjang atau luas, misalnya *kraniotomi*, *MRM (Modified Radical Mastectomy)*, dan *laparotomy*.

##### 2) Bedah minor

Bedah minor meliputi pembedahan superfisial atau permukaan yang hanya memengaruhi bagian tubuh bagian luar dengan minimal invasif. Risiko infeksi relatif rendah dan waktu pemulihan yang tidak lama, misalnya *eksisi lipoma* dan *sirkumsisi*.

#### 3. Tahap-Tahap *Perioperative*

Menurut HIPKABI (2008), proses operasi dibagi menjadi tiga tahapan, yang meliputi :

##### a. Fase *preoperative*

Fase ini dimulai dari adanya keputusan untuk dilaksanakan operasi hingga pasien dikirim menuju meja operasi. Asuhan keperawatan selama fase *preoperative* meliputi pengkajian riwayat medis pasien, *informed consent* pembedahan, asesmen praoperasi, asesmen praanestesi, dan persiapan operasi.

##### 1) *Informed consent*

*Informed consent* menurut Permenkes 290/2008 yaitu persetujuan dari pihak pasien mengenai segala bentuk tindakan medis yang nantinya diberi kepada

pasien, setelah adanya penjelasan secara menyeluruh (Permenkes, 2008). Konsep *informed consent* menurut Utja et al. (2006), mencakup tiga elemen penting, yaitu :

- a) Pemberian informasi oleh dokter bedah kepada pasien dan atau wali pasien mengenai diagnosa, tindakan alternatif yang memungkinkan untuk mengobati penyakit, baik manajemen bedah maupun selain bedah, manfaat dan risiko dari semua pilihan tindakan medis, serta faktor-faktor mengenai profesi medis yang tidak bisa memberi kepastian dan jaminan kesembuhan. Pemberian informasi ini harus disesuaikan dengan kondisi intelektual dan kondisi emosional pasien sehingga diharapkan pasien bisa menerima penjelasan yang diberi sehingga pasien atau keluarga bisa mengambil keputusan.
- b) Pemahaman pasien atau wali mengenai penjelasan yang diberi.
- c) Proses keputusan pasien  
Keputusan pasien bisa dikarenakan dari sumber lain, seperti informasi dari dokter lain, keluarga, teman atau seseorang yang pernah mendapatkan prosedur serupa, maupun dari apa saja yang pernah mereka baca.

## 2) Asesmen praoperasi dan praanestesi

Menurut Kemenkes (2008), asesmen praoperasi dan praanestesi yaitu tindakan untuk menilai kondisi pasien sebelum dilaksanakan operasi sehingga bisa diputuskan tindakan yang optimal dan terbaik. Asesmen praanestesi dilaksanakan 24 jam sebelum tindakan operasi yang bertujuan untuk memberi waktu persiapan operasi baik terapi maupun pemeriksaan medis yang diperlukan. Pada kasus darurat, asesmen praanestesi dan praoperasi bisa diberi sesaat sebelum dilaksanakan tindakan anestesi. Kegiatan pada saat asesmen praoperasi dan praanestesi yaitu :

- a) Identifikasi pasien.
- b) Pengkajian riwayat medis, pemeriksaan klinis rutin serta khusus.
- c) Pengkajian mengenai pemahaman pasien mengenai tindakan medis yang akan mereka terima.
- d) Konsultasi bersama dokter spesialis lain apabila dibutuhkan.

- e) Memberi paparan mengenai tindakan medis yang akan diberi, dan memastikan persetujuan akan dilaksanakannya tindakan medis tersebut.
- f) Pemeriksaan medis dan pemberian terapi untuk mengoptimalkan kondisi pasien sebelum dilaksanakan pembiusan dan pembedahan.

### 3) Persiapan operasi

#### a) Penandaan daerah operasi.

Dilaksanakan untuk menghindari salah sisi saat operasi. Penandaan dilaksanakan oleh dokter bedah disaksikan oleh perawat ruangan.

b) Puasa dan pengosongan lambung yang bertujuan guna meminimalisasi risiko muntah, regurgitasi, serta aspirasi. Usus besar yang harus dikosongkan bertujuan guna mencegah Buang Air Besar atau BAB selama operasi yang bisa mengotori serta menaikkan risiko infeksi. Pengosongan usus besar bisa dilaksanakan dengan pencahar/*laxative*.

c) Pemasangan infus untuk mengganti kekurangan cairan karena puasa dan pengosongan usus besar.

#### d) Perawatan praoperasi

Perawatan praoperasi dimulai dari pasien dirawat di ruang perawatan (bangsal) dan berakhir saat pasien di meja operasi.

### b. Fase intraoperatif

Fase intraoperatif diawali oleh pasien masuk ke kamar operasi serta berakhir pada saat pasien masuk ke *Recovery Room* atau ruang *Intensive Care Unit*. Pada fase ini tindakan yang diberi meliputi pemberian dan pemantauan cairan intravena, pemberian terapi medikasi intravena, melihat keadaan fisiologis sepanjang langkah-langkah operasi serta melaksanakan prosedur-prosedur berkaitan *patient safety* selama pembedahan (Virginia, 2019).

### c. Fase pascaoperatif

Fase pasca operatif diawali dari pasien masuk ke ruang *recovery* sampai pada penilaian lebih lanjut di ruangan perawatan bedah. Pada tahap ini pengkajian

berfokus pada obat anestesi serta pemantauan tanda-tanda vital serta pencegahan komplikasi operasi dan anestesi. Perawatan berfokus pada pemulihan pasien, perawatan tindak lanjut dalam rangka penyembuhan, dan rehabilitasi pasien serta *discharge planning* atau rencana pemulangan pasien (Majid et al., 2011).

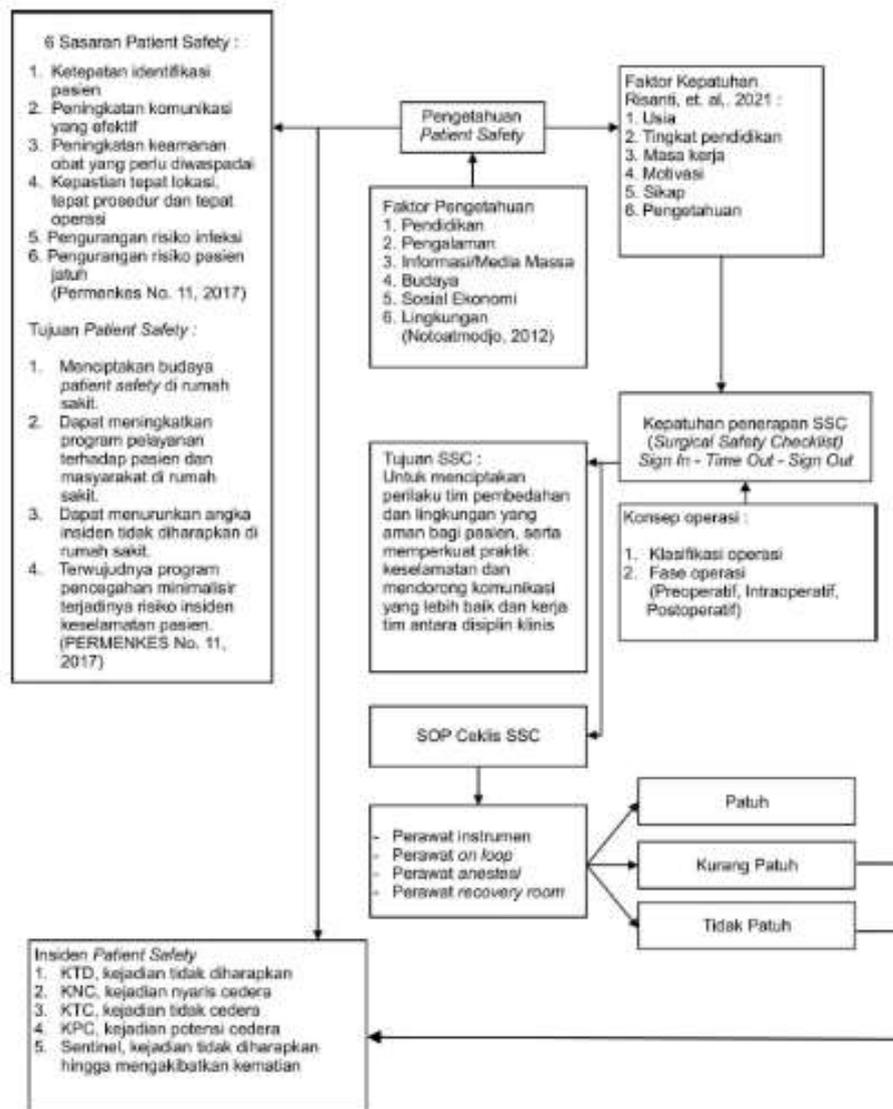
Tujuan perawatan pascaoperasi antara lain :

- 1) Pengawasan masa pemulihan pasien.
- 2) Pencegahan komplikasi serta penanganan jika terjadi komplikasi.
- 3) Memantau dan mengkaji keadaan serta tanda vital tubuh pasien guna mengidentifikasi waktu pasien dipindahkan ke ruang rawat atau pemulangan.

#### **D. Kerangka Teori**

Kerangka teori ini disusun dengan memodifikasi konsep yang telah diuraikan diatas mengenai *patient safety* dan hubungannya dengan penerapan SSC. Adapun kerangka teori sebagai berikut:

Gambar 2.2 Kerangka Teori



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Metode penelitian ini menggunakan studi *literature review* atau penelitian tinjauan pustaka. *Literature review* dapat didefinisikan sebagai suatu cara yang sistematis, eksplisit, dan *reproduksibel* untuk melakukan identifikasi, evaluasi, dan sintesis atau penggabungan terhadap hasil penelitian dan pemikiran penelitian yang sudah dihasilkan oleh peneliti sebelumnya (Ulhaq et al., 2020). Tujuan *literature review* yaitu:

1. Menyediakan dasar teori untuk penelitian yang akan dilakukan.
2. Mempelajari kedalaman penelitian yang sudah pernah dilakukan terkait topik yang akan diteliti.
3. Menjawab pertanyaan praktisi atau peneliti dengan pemahaman terhadap suatu hasil penelitian yang telah dihasilkan peneliti terdahulu. Penelitian ini bertujuan mengetahui atau menganalisa faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC di ruang operasi. Protokol dan evaluasi dari studi *literature review* ini menggunakan PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses*) untuk menyeleksi artikel/jurnal penelitian yang telah disesuaikan dan ditentukan sesuai tujuan penelitian. PRISMA merupakan acuan yang diterapkan untuk melakukan suatu penelitian *literature review*.

#### **B. Database**

Data yang digunakan dalam *literature review* ini adalah data sekunder yaitu jurnal atau artikel dari penelitian terdahulu. Pencarian *literature review* ini menggunakan *database Google Scholar*. Pencarian dibatasi dengan rentang waktu tahun 2020-2023 baik jurnal berbahasa Indonesia atau Inggris. Adapun kriteria inklusi dalam pencarian tersebut adalah artikel dari jurnal nasional dan internasional yang berhubungan dengan topik penelitian ini, yaitu adanya faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC *patient safety* di ruang

operasi. Adapun kriteria eksklusi adalah artikel dari jurnal nasional/internasional yang tidak membahas sesuai topik penelitian faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC *patient safety* di ruang operasi.

### C. Kata Kunci

Pencarian artikel dari jurnal menggunakan kata kunci/keyword “Faktor-Faktor Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*”. Jurnal dibatasi antara tahun 2020-2023. Peneliti tidak menggunakan *Boolean Operator* karena dengan menggunakan kata kunci yang sudah ditetapkan yaitu “Faktor-Faktor Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* “ sudah didapatkan hasil yang relevan dengan yang dicari oleh peneliti.

### D. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi serta eksklusi untuk pemilihan artikel menggunakan *PICOS Framework* (Nursalam, 2020), diantaranya:

1. *Population/problem* yaitu populasi atau masalah yang sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam studi *literature review* atau tinjauan pustaka.
2. *Intervention* yaitu tindakan penatalaksanaan terhadap suatu kasus serta pemaparan tentang pelaksanaan studi sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam studi *literature review* atau tinjauan pustaka.
3. *Comparison* yaitu intervensi lain sebagai pembanding, jika tidak ada bisa menggunakan kelompok kontrol dalam studi terpilih.
4. *Outcome* yaitu hasil yang diperoleh pada studi terdahulu yang sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literature review* atau tinjauan pustaka.
5. *Study design* yaitu desain penelitian yang digunakan dalam artikel yang akan dilakukan *review*.

**Tabel 3.1**

#### **Kriteria inklusi dan eksklusi dengan format PICOS,**

<b>Kriteria</b>	<b>Inklusi</b>	<b>Eksklusi</b>
<i>Population/problem</i>	Artikel dari jurnal yang membahas faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC di ruang	Artikel dari jurnal yang tak berkaitan pada topik penelitian yaitu faktor-faktor yang memengaruhi SSC di

<b>Kriteria</b>	<b>Inklusi</b>	<b>Eksklusi</b>
	operasi.	ruang operasi.
<i>Intervention</i>	-	-
<i>Comparison</i>	-	-
<i>Outcome</i>	Faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC di ruang operasi.	Selain faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC di ruang operasi.
Tahun terbit	Artikel dari jurnal yang terbit antara tahun 2020 - 2023.	Artikel dari jurnal yang terbit sebelum tahun 2020.
<i>Study design</i>	Penelitian kuantitatif	<i>Literature review</i>

### **E. Teknik Pemilihan Artikel**

Artikel dari jurnal yang akan digunakan pada studi *literature review* ini yaitu artikel yang sesuai pada tujuan penulisan *literature review*, yaitu yang menjelaskan mengenai faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC di ruang operasi. Setelah mengidentifikasi artikel yang relevan, kemudian dievaluasi untuk dilaksanakan skrining untuk mendapatkan artikel yang sesuai. Selanjutnya isi dari data yang diambil dimasukkan ke tabel ekstrak data, yaitu penulis, tahun, judul penelitian, teknik penelitian, hasil penelitian dan keterbatasan penelitian. Setiap sampel yang diekstrak diperiksa silang untuk memastikan akurasi dan meminimalkan bias pelaporan dan hasil dari temuan disajikan secara naratif. Menurut Nursalam (2015), risiko bias pada studi *literature* dinilai melalui analisis metode yang dilaksanakan di tiap-tiap penelitian, yang mencakup:

#### a. Teori

Teori yang dipergunakan sudah usang, tidak relevan, dan tidak mempunyai dasar yang kuat.

b. Desain

Metodologi penelitian yang diterapkan tidak selaras dengan tujuan penelitian yang ingin dicapai.

c. Sampel

Terdapat empat aspek penting yang perlu diperhatikan, yakni populasi, sampel, teknik pengambilan sampel, dan ukuran sampel, yang tidak mengikuti pedoman yang benar dalam pengambilan sampel.

d. Variabel

Penetapan variabel tidak memadai dari segi jumlah, pengendalian variabel pengganggu, serta variabel lainnya.

e. Instrumen

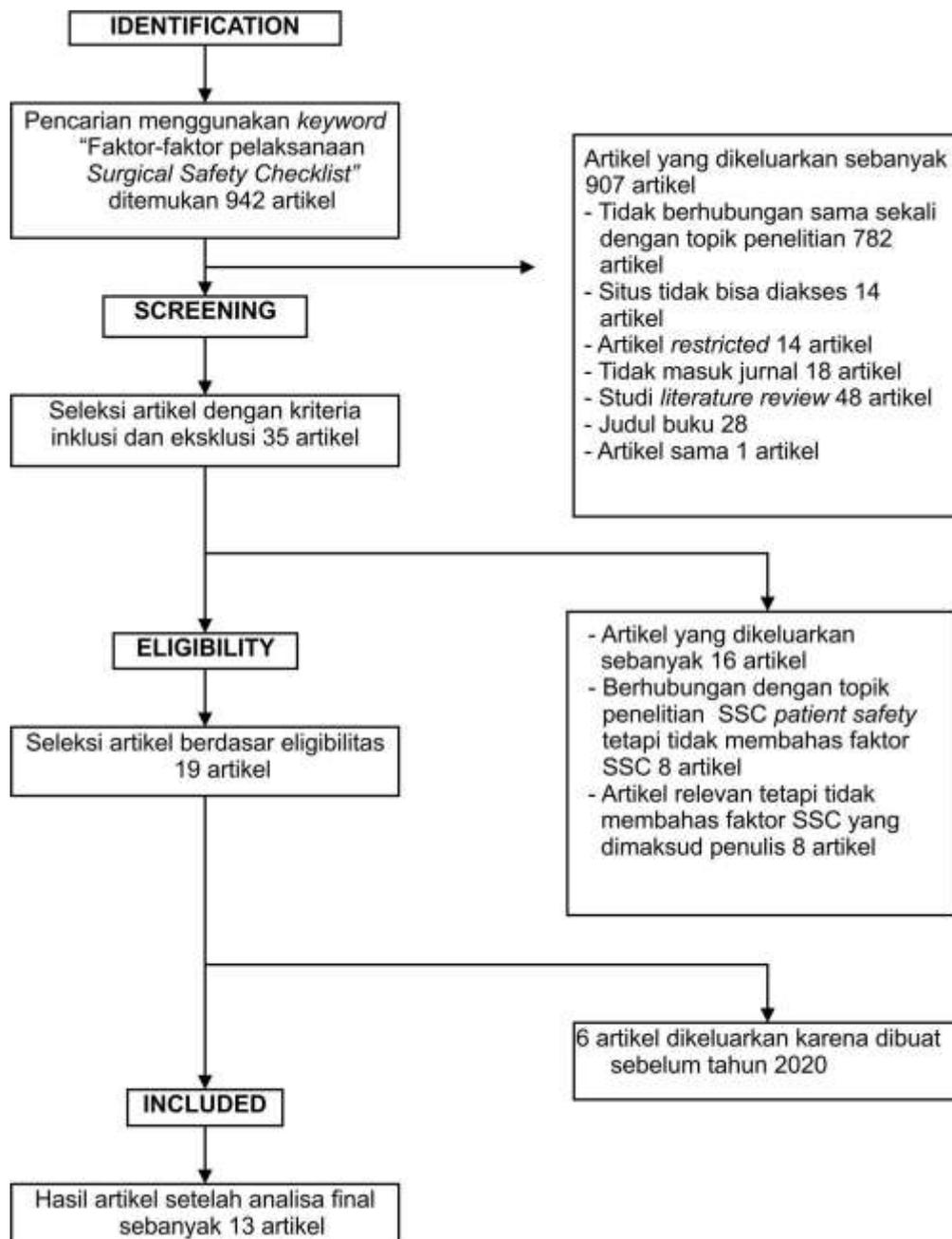
Alat ukur yang dipergunakan kurang mempunyai sensitivitas, spesifikasi, dan validitas yang memadai.

f. Analisis Data

Proses analisis data tidak mengikuti metode yang tepat pada standar yang ditetapkan.

Berdasarkan hasil penelusuran *literature* menggunakan *keyword* “Faktor-faktor pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*” pada tanggal 05 Mei 2024 jam 10.50 WIB, penulis mendapatkan hasil 942 artikel yang tepat sesuai *keyword*. Dari penelusuran yang telah diperoleh selanjutnya dikaji apakah hasil pencarian relevan dengan topik penelitian. Sebanyak 907 artikel isinya tidak relevan dengan topik penelitian sehingga dikeluarkan dari topik penelitian serta sisa 35 artikel. Selanjutnya, skrining dilaksanakan berdasarkan judul, abstrak, serta teks lengkap yang disesuaikan dengan topik *literature review*, dan ditemukan 19 artikel. Setelah itu dilaksanakan seleksi artikel, dan dari 19 artikel tersebut sebanyak 6 artikel dikeluarkan karena dibuat kurang dari tahun 2020. 13 artikel yang relevan untuk dipergunakan dalam *literature review* dipilih berdasarkan kelayakan kriteria inklusi dan eksklusi. Pada akhirnya, peneliti menggunakan 13 artikel untuk dilakukan analisa dalam *literature review* ini.

Gambar 3.1 Diagram Prisma



## **F. Penilaian Kualitas**

Terdapat 13 artikel yang akan dibahas mengenai faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC di ruang operasi. Artikel tersebut diperoleh dari *database Google Scholar*. Penelusuran artikel tersebut menggunakan *keyword* “Faktor-faktor pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*” yang kemudian dilakukan analisa menggunakan *critical appraisal* atau telaah kritis. Dalam melaksanakan penilaian kualitas artikel, peneliti mempergunakan alat dari *JBI Critical Appraisal Checklist for Cross Sectional Study* sebagai pedoman dalam penilaian kelayakan artikel. Peneliti mempergunakan alat dari *JBI Critical Appraisal* karena mudah didalam penggunaannya dan mempergunakan teknik yang sistematis guna mengevaluasi hasil, validitas, serta fungsi atau kegunaan pada publikasi artikel ilmiah. Semua penilaian dimasukkan ke dalam sebuah daftar yang terdiri dari nilai "ya", "tidak", "tidak jelas", atau "tidak ada". Untuk setiap kriteria dengan skor "ya", diberi satu poin, dan untuk setiap kriteria yang menerima skor "tidak", diberi nol (0). Setiap skor kemudian dijumlahkan dan dihitung dengan cara jumlah skor "ya" dibagi jumlah pertanyaan lalu dikalikan dengan 100. Artikel yang memenuhi syarat untuk dilakukan *review* yaitu memiliki poin >50%. Semua penilaian dimasukkan dalam sebuah tabel. Sebanyak 13 artikel yang menjadi rujukan peneliti semuanya bisa dilakukan *review* karena skornya lebih dari 50. Adapun penilaian skor tiap artikel bisa dilihat di tabel 3.2 di bagian lampiran.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

1. Karakteristik pengetahuan menyatakan bahwa 5 artikel mempunyai responden dengan pengetahuan yang baik, 6 artikel menyatakan mempunyai motivasi baik, 12 artikel menyatakan bahwa responden berpendidikan tinggi yaitu D-III Keperawatan, 6 artikel mempunyai responden dengan rentang usia > 35 tahun, 8 artikel menyatakan masa kerja > 5 tahun, 1 artikel menyatakan responden mempunyai sikap positif, dan 2 artikel menyatakan mempunyai beban kerja yang tinggi.
2. Kepatuhan tim bedah menjelaskan bahwa 10 dari 13 artikel mempunyai responden dengan kriteria patuh dalam pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di ruang operasi.
3. Faktor-faktor yang memengaruhi penerapan dan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di ruang operasi berdasarkan artikel yang dilaksanakan *review* diantaranya yaitu pengetahuan 8 dari 13 artikel, motivasi 5 dari 13 artikel, pendidikan 4 dari 13 artikel, umur 1 dari 13 artikel, lama kerja 1 dari 13 artikel, sikap 1 dari 13 artikel, dan beban kerja 1 dari 13 artikel. Sedangkan faktor-faktor yang tidak memengaruhi kepatuhan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di ruang operasi yaitu jenis kelamin.

#### **A. SARAN**

##### **1. Bagi Peneliti**

Diharapkan menambah wawasan peneliti tentang faktor-faktor yang berkaitan dengan penerapan SSC di ruang operasi dan diharapkan bermanfaat untuk meningkatkan penerapan SSC di tempat peneliti bekerja.

##### **2. Bagi Perawat**

Bagi perawat baik yang bekerja di ruang operasi atau ruang yang lain diharapkan bisa menambah ilmu pengetahuan mengenai SSC dan aplikasinya dalam mencegah *medical error* sewaktu pembedahan dan pascapembedahan.

### 3. Bagi Pasien

Diharapkan bisa terhindar dari insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebelum, sewaktu, dan sesudah pembedahan.

### 4. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi *literature review* ini bisa dipergunakan sebagai salah satu referensi untuk memperdalam keilmuan mengenai SSC *patient safety* dan faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC dan sebagai dasar penelitian selanjutnya.

### 5. Bagi Institusi Rumah Sakit

Diharapkan bisa menjadi masukan untuk merancang program kebijakan di tingkat manajemen keperawatan terkait *patient safety* di ruang operasi sehingga meningkatkan *patient safety* di Rumah Sakit.

### 6. Bagi Peneliti Selanjutnya

Berharap bisa dijadikan sebuah rujukan informasi dalam penelitian mengenai SSC *patient safety* dan faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SSC tersebut.

### DAFTAR PUSTAKA

- Allen, Y., Pakpahan, M., & Octaria, M. (2021). Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan Surgical Safety Checklist di kamar operasi satu rumah sakit swasta. *Nursing Current: Jurnal Keperawatan*, 9(1), 36–47. <https://ojs.uph.edu/index.php/NCJK/article/view/3455>
- Amiruddin, A., 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 Barru. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 5(3), 145. <https://doi.org/10.22146/jkr.39666>
- Anugrahini, Christina, Sahar, Junaiti, Mustikasari, M. (2010). *View of kepatuhan perawat menerapkan pedoman Patient Safety berdasarkan faktor individu dan organisasi*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. [https://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/244/pdf\\_173](https://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/244/pdf_173)
- Azwar, S. (2022). *Sikap manusia : Teori dan pengukurannya* (3rd ed.). Pustaka Pelajar. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1545896>
- Bowling, N. A., & Kirkendall, C. (2012). Workload: A review of causes, consequences, and potential interventions. *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice*, 2, 221–238. <https://doi.org/10.1002/9781119942849.CH13>
- Budiono, S., Sarwiyata, T. W., & Alamsyah, A. (2014). Pelaksanaan Program Manajemen Pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), 78–83. <https://doi.org/10.21776/UB.JKB.2014.028.01.28>
- Cahyono, J. B. S. B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktek kedokteran*. Kanisius. <https://balaiyanpus.jogjaprovo.go.id/opac/detail-opac?id=13496>
- Chotimah, Siti, Wijaya, L. (2022). Hubungan lama kerja perawat dengan kepatuhan perawat dalam pengisian Surgical Safety Checklist. *Kesehatan Dan Pembangunan*, 12(23), 108–116. <https://doi.org/https://doi.org/10.52047/jkp.v12i23.124>
- Correia, M. I. T. D., Tomasich, F. D. S., De-Castro Filho, H. F., Portari Filho, P.

- E., & Colleoni Neto, R. (2019). Safety and quality in surgery: Surgeons' perception in Brazil. *Revista Do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 46(4). <https://doi.org/10.1590/0100-6991E-20192146>
- Daryani, D., Hamranani, S. S. T., & WIJAYA, V. (2023). Analysis of factors influencing compliance with the implementation Of Surgical Safety Checklist. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 5(2), 1–12. <https://doi.org/10.37287/IJGHR.V5I2.1676>
- Datusanantyo, R. A. (2013). Emergency severity index: salah satu sistem triase berbasis bukti. *RAD Journal*, 10, 3. <https://idoc.pub/documents/emergency-severity-index-salah-satu-sistem-triase-berbasis-bukti-gen5g72vz14o>
- Delisle, M., Pradarelli, J. C., Panda, N., Koritsanszky, L., Sonnay, Y., Lipsitz, S., Pearse, R., Harrison, E. M., Biccand, B., Weiser, T. G., & Haynes, A. B. (2020). Variation in global uptake of the Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 107(2), e151–e160. <https://doi.org/10.1002/BJS.11321>
- Dewi, Ni Luh Yulyana, et al. (2020). *Analisis faktor -faktor yang mempengaruhi perawat dalam melaksanakan Patient Safety di kamar bedah.* [https://www.researchgate.net/publication/342216917\\_ANALISIS\\_FAKTOR\\_-\\_FAKTOR\\_YANG\\_MEMPENGARUHI\\_PERAWAT\\_DALAM\\_MELAKSANAKAN\\_PATIENT\\_SAFETY\\_DI\\_KAMAR\\_BEDAH](https://www.researchgate.net/publication/342216917_ANALISIS_FAKTOR_-_FAKTOR_YANG_MEMPENGARUHI_PERAWAT_DALAM_MELAKSANAKAN_PATIENT_SAFETY_DI_KAMAR_BEDAH)
- Ernawati, Yeni, et al. (2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat terhadap penerapan Surgical Patient Safety fase Time Out di Instalasi Bedah Sentral. *Medica Majapahit*, 12(1), 1–14. <https://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/MM/article/view/513/638>
- Fuada, Nadia, Wahyuni, Ida, Kurniawan, B. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan stres kerja pada perawat kamar bedah di Instalasi Bedah Sentral RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. *Kesehatan Masyarakat*, 5(5), 1–9. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/18938/18022>
- H. Malayu S.P. Hasibuan. (2015). *Manajemen : Dasar, pengertian, dan masalah.* PT Bumi Aksara. <http://203.84.141.245:8085/opac/detail-opac?id=1926>

- Hadi, I. (2017). *Buku ajar manajemen keselamatan pasien* (I. Hadi (ed.); 1st ed.). Yogyakarta:Deepublish.  
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1144419>
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., & Gawande, A. A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMSA0810119>
- HIPKABI. (2008). *Buku panduan dasar-dasar keterampilan bagi perawat kamar bedah* (S. Suryanto (ed.); 7th ed.). Jakarta Press.  
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=877006>
- Karlina, S., & Rosa, M. (2018). Evaluasi kepatuhan tim bedah dalam penerapan Surgical Safety Checklist WHO Pada operasi bedah mayor di Instalasi Bedah Sentral PKU Muhammadiyah Bantul. *Naskah Publikasi Indonesia*.  
[https://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/22824/12A.NASKAH\\_PUBLIKASI\\_INDONESIA.pdf?sequence=12&isAllowed=y](https://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/22824/12A.NASKAH_PUBLIKASI_INDONESIA.pdf?sequence=12&isAllowed=y)
- KARS. (2017). *SNARS* (1st ed.). Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia.
- Kemenkes. (2008). *Standar pelayanan Anestesiologi dan Reanimasi di Rumah Sakit*. Jakarta.  
<https://www.persi.or.id/images/regulasi/kepmenkes/kmk7792008.pdf>
- Koesomowidjojo, M. R. S. (2017). *Panduan praktis menyusun analisis beban kerja* (A. Andriansyah (ed.)). Jakarta:Raih Asa Sukses.  
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1008762>
- Koivukangas, V., Saarela, A., Meriläinen, S., & Wiik, H. (2020). How Well Planned Urgency Class Come True in The Emergency Surgery? Timing of Acute Care Surgery. *Scandinavian Journal of Surgery*, 109(2), 85–88.  
[https://doi.org/10.1177/1457496919826716/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177\\_1457496919826716-FIG1.JPEG](https://doi.org/10.1177/1457496919826716/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_1457496919826716-FIG1.JPEG)
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2012). *Keputusan Menteri Kesehatan KEPMENKES Nomor 251/MENKES/SK/VII/2012 | JDIH Kemenkes*.

<https://regulasi.bkpk.kemkes.go.id/detail/28eb8398-f28a-43c7-b3ae-3dbcb93747f1/>

- Krasnova, et al. (2020). Advances in Perioperative Management: Nursing Care, Anesthesia Considerations, and Nurse Navigation for Endocrine Surgical Patients. *Advances in Treatment and Management in Surgical Endocrinology*, 295–299. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-66195-9.00025-X>
- Lingard, Lingard., et al. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 13(5), 330–334. <https://doi.org/10.1136/QHC.13.5.330>
- Macphee, M., Dahinten, V. S., Havaei, F., & Wagner, J. (2017). *The Impact of Heavy Perceived Nurse Workloads on Patient and Nurse Outcomes*. <https://doi.org/10.3390/admsci7010007>
- Majid, Abdul, Judha Mohamad, I. U. (2011). *Keperawatan perioperatif*. 2011. <https://balaiyanpus.jogjaprovo.go.id/opac/detail-opac?id=12221>
- Menteri Dalam Negeri. (2008). *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2008*. 2008. <https://jdih.baliprovo.go.id/produk-hukum/peraturan-perundang-undangan/permendagri/2983>
- Muara, Setyajid Joko, Yulistiani, M. (2021). Pengetahuan dan motivasi tim kamar bedah dengan kepatuhan pengisian Surgical Safety Checklist. *Adi Husada Nursing Journal*, 7(1), 26. <https://doi.org/10.37036/ahnj.v7i1.184>
- Muh. Emilia Sa'di Rasyid. (2023). *View of Determinan faktor kepatuhan tim bedah dalam penerapan Surgical Safety Checklist pada pasien bedah di Instalasi Bedah Sentral*. *Jurnal Keperawatan*. <https://doi.org/https://doi.org/10.32583/keperawatan.v15i4.1940>
- Muhdar H., Darmin, Darmin, Tukatman H., Paryono, Paryono, Anitasari, Bestfy, Bangu, B. (2021). *View of Manajemen Patient Safety* (G. T. Tulak (ed.); 1st ed.). Tahta Media Grup. <https://tahtamedia.co.id/index.php/issj/article/view/158/159>
- Murdyastuti, S. (2010). *Pengaruh persepsi mengenai profesionalitas, pengetahuan*

*patients safety dan motivasi perawat terhadap pelaksanaan program patients safety di ruang rawat inap RSO prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.*  
<https://digilib.uns.ac.id/dokumen/13430/Pengaruh-persepsi-mengenai-profesionalitaspengetahuan-patients-safety-dan-motivasi-perawat-terhadap-pelaksanaan-program-patients-safety-di-ruang-rawat-inap-RSO-prof-Dr-R-Soeharso-Surakarta>

- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku / Soekidjo Notoatmodjo | OPAC Perpustakaan Nasional RI*. (1st ed.). PT Rineka Cipta.  
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=473964>
- Nurhayati, S., STIKES Karya Husada Semarang, S., & Kompol Soekanto No, J. R. (2019). Kepatuhan perawat dalam implementasi Surgical Safety Checklist terhadap insiden keselamatan pasien Ponok di Rumah Sakit Semarang. *Jurnal SMART Keperawatan*, 6(1), 25–30.  
<https://doi.org/10.34310/jskp.v6i1.215>
- Nursalam, N. (2014). *Manajemen keperawatan: aplikasi dalam praktik keperawatan profesional* (4th ed.). Jakarta Salemba Medika.  
<https://balaiyanpus.jogjaprov.go.id/opac/detail-opac?id=268871>
- Nursalam, N. (2015). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis* (5th ed.). Salemba Medika.  
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1350535>
- Nursalam, N. (2020). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis* (5th ed.). Salemba Empat.  
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1350535#>
- Pauldi, H. (2021). *Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penerapan Surgical Safety Checklist kamar operasi rumah sakit di Rengat Kabupaten Indragiri Hulu.* <https://repository.stikes-alinsyirah.ac.id/handle/123456789/134>
- Permenkes. (2011). *Permenkes No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tahun 2011 Mengenai Keselamatan Pasien Rumah Sakit.*  
<https://peraturan.go.id/id/permenkes-no-1691-menkes-per-viii-2011-tahun-2011>

- Permenkes. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*. Permenkes No 11. <https://jdih.baliprov.go.id/uploads/produk-hukum/peraturan/2017/PERMENKES/permenkes-11-2017.pdf>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2013). *Fundamentals of nursing*. EGC. <https://archive.org/details/fundamentalsofnu08edpott>
- Pracinasari, I. (2013). *Beban Kerja Fisik Vs Beban Kerja Mental | Ira Pracinasari - Academia.edu*. Universitas Sebelas Maret Surakarta. [https://www.academia.edu/5132134/Beban\\_Kerja\\_Fisik\\_Vs\\_Beban\\_Kerja\\_Mental](https://www.academia.edu/5132134/Beban_Kerja_Fisik_Vs_Beban_Kerja_Mental)
- Pramia S, D. R., Soelistyoningsih, D., & Apriyanto, F. (2023). Hubungan pengetahuan Patient Safety dengan kepatuhan penerapan (Surgical Safety Checklist). *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 12(3), 197–204. <https://www.jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id/index.php/stikes/article/view/1144>
- Pratama, D. A., & Santoso, A. (2017). *Hubungan tingkat pengetahuan mengenai penerapan Patient Safety dengan persepsi penerapan Patient Safety oleh perawat di RSUD dr. Soediran Mangoen Soemarmo Wonogiri*. [http://eprints.undip.ac.id/55121/1/Proposal\\_Dhewa\\_22020112130067.pdf](http://eprints.undip.ac.id/55121/1/Proposal_Dhewa_22020112130067.pdf)
- Purwanti, Novia, et al. (2022). View of faktor penerapan Surgical Safety Checklist di kamar operasi. *Jurnal Keperawatan*, 14(1), 1–10. <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/13/75>
- Rio, M., S., Natalia, S., Wulandari, Y. (2020). *Hubungan beban kerja dengan kepatuhan perawat dalam penerapan Surgical Safety Checklist di kamar operasi rumah sakit Awal Bros Batam TAHUN 2020*. 1–10. [https://www.academia.edu/73283262/Hubungan\\_Beban\\_Kerja\\_Dengan\\_Kepatuhan\\_Perawat\\_Dalam\\_Penerapan\\_Surgical\\_Safety\\_Checklist\\_DI\\_Kamar\\_Operasi\\_Rumah\\_Sakitawal\\_Bros\\_Batam\\_Tahun\\_2020](https://www.academia.edu/73283262/Hubungan_Beban_Kerja_Dengan_Kepatuhan_Perawat_Dalam_Penerapan_Surgical_Safety_Checklist_DI_Kamar_Operasi_Rumah_Sakitawal_Bros_Batam_Tahun_2020)
- Risanti, R. D., Purwanti, E., & Novyriyana, E. (2021). Faktor Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Surgical Safety Checklist di Instalasi Bedah Sentral. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 14(2), 80–91.

<https://doi.org/10.23917/bik.v14i2.14268>

- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2018). *Organizational Behavior, Global Edition*. Pearson Education Limited.
- Rohman, F. (2017). *Hubungan motivasi perawat dengan kepatuhan penerapan Surgical & Patient Safety pada pasien operasi di Instalasi Bedah Sentral RSUD Batang*.
- Russ, S. J., Sevdalis, N., Moorthy, K., Mayer, E. K., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Vincent, C., & Darzi, A. (2015). A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England: lessons from the “Surgical Checklist Implementation Project.” *Annals of Surgery*, 261(1), 81–91. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000793>
- Saifullah, A. (2015). *Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan tindakan perawat dalam manajemen nyeri pasien post operasi di bangsal bedah Rsud DR Soehadi Prijonegoro Sragen Sragen*. [https://www.academia.edu/34751659/HUBUNGAN\\_TINGKAT\\_PENGETAHUAN\\_PERAWAT\\_DENGAN\\_TINDAKAN\\_PERAWAT\\_DALAM\\_MANAJEMEN\\_NYERI\\_PASIEN\\_POST\\_OPERASI\\_DI\\_BANGSAL\\_BEDAH\\_RSUD\\_DR\\_SOEHADI\\_PRIJONEGORO\\_SRAGEN\\_SKRIPSI](https://www.academia.edu/34751659/HUBUNGAN_TINGKAT_PENGETAHUAN_PERAWAT_DENGAN_TINDAKAN_PERAWAT_DALAM_MANAJEMEN_NYERI_PASIEN_POST_OPERASI_DI_BANGSAL_BEDAH_RSUD_DR_SOEHADI_PRIJONEGORO_SRAGEN_SKRIPSI)
- Saksono, D. Y., & Danang Sunyoto, D. (2012). *Manajemen Sumber Daya Manusia (Tinjauan Konsep Dasar)* (1st ed.). CV Eureka Media Aksara.
- Sandrawati, Juliana, Supriyanto, Stefanus, Thinni, N. (2013). Rekomendasi untuk meningkatkan kepatuhan penerapan Surgical Safety Checklist di kamar bedah. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(1), 5–13. [https://repository.unair.ac.id/118690/1/Jurnal\\_C20.pdf](https://repository.unair.ac.id/118690/1/Jurnal_C20.pdf)
- Sarwono, S. W. (2018). *Psikologi remaja* (19th ed.). Rajawali Press. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1137463#>
- Schwendimann, R., Blatter, C., Lüthy, M., Mohr, G., Girard, T., Batzer, S., Davis, E., & Hoffmann, H. (2019). Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient Safety in Surgery*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/S13037-019-0194-4>

- Setiyajati, A. (2014). *Pengaruh pengetahuan dan sikap perawat terhadap penerapan standar keselamatan pasien di Instalasi Perawatan Intensif RSUD DR. MOEWARDI*.  
<https://digilib.uns.ac.id/dokumen/41806/PENGARUH-PENGETAHUAN-DAN-SIKAP-PERAWAT-TERHADAP-PENERAPAN-STANDAR-KESELAMATAN-PASIEN-DI-INSTALASI-PERAWATAN-INTENSIF-RSUD-DR-MOEWARDI>
- Sisworo, A.H. Daryanti, M. S., & Rohmah, A. N. (2022). *Hubungan motivasi tenaga kesehatan dengan kepatuhan penerapan Surgical Safety Checklist di ruang Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Wilayah Yogyakarta*. 71. [http://digilib.unisayogya.ac.id/6296/1/Naskah Publikasi-1 - Hery S.pdf](http://digilib.unisayogya.ac.id/6296/1/Naskah%20Publikasi-1%20-%20Hery%20S.pdf)
- Sjamsyuhidayat, R. (2016). *Buku ajar ilmu bedah : Sistem organ dan tindak bedahnya* (4th ed.). EGC.  
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1052054>
- SNARS. (2017). *Standar Akreditasi Rumah Sakit* (1st ed.). Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia. <https://snars.web.id/rs/manual-persetujuan-tindakan-kedokteran-konsil-kedokteran-indonesia/>
- Sodikin A., Apriatmoko R.,Saparwati., M. (2018). Hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku perawat dalam melaksanakan implementasi Surgical Safety Checklist di ruang operasi Rumah Sakit DR. H. Soewondo Kendal. *Journal of Chemical Information and Modelling*, 1689–1699.
- Sriningsih, Nining, Marlina, E. (2020). View of Pengetahuan Penerapan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Pada Petugas Kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 9(1), 1–13.  
<https://jurnal.uym.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/148/90>
- Sudibyoy, S. (2020). *Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan kepatuhan dalam penerapan Surgical Safety Checklist di ruang operasi Rumah Sakit Ortopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta*. 1–15.  
[https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/138/2/NAS PUB DIB\\_T10-dikonversi.pdf](https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/138/2/NAS PUB DIB_T10-dikonversi.pdf)
- Sunyoto, Danang,Saksono, Y. (2022). *Manajemen Sumber Daya Manusia* (1st

- ed.). Eureka Media Aksara.  
<https://repository.penerbiteureka.com/media/publications/408616-manajemen-sumber-daya-manusia-tinjauan-k-676e9043.pdf>
- Suryathi, Ni Komang, et al. (2021). Hubungan tingkat pengetahuan perawat mengenai Time Out dengan kepatuhan dalam melaksanakan Time Out di ruang operasi Rumah Sakit Balimed Denpasar. *Bali Health Published Journal*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.47859/bhpj.v3i1.1>
- Syamsuriati, S. (2016). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam penatalaksanaan prosedur keselamatan pasien di kamar operasi RS DR Wahidin Sudirohusodo Makassar. Makassar.*
- Ulhaq, Zulfikar Syambani, Rahmayanti, M. (2020). *Panduan penulisan skripsi Literature Review*. Universitas UIN Maulana Malik Ibrahim Malang. <https://kedokteran.uin-malang.ac.id/wp-content/uploads/2020/10/PANDUAN-SKRIPSI-LITERATURE-REVIEW-FIXX.pdf>
- Utja, S. U., Rafly, A., Sarsito, A. S., Purwadianto, A., & Aswar, B. (2006). *Manual persetujuan tindakan kedokteran - KONSIL Kedokteran Indonesia - STARKES - Akreditasi Rumah Sakit Indonesia*. <https://snars.web.id/rs/manual-persetujuan-tindakan-kedokteran-konsil-kedokteran-indonesia/>
- Veithzal Rivai Zainal, A. (2005). *Performance appraisal: sistem yang tepat untuk menilai kinerja pegawai dan meningkatkan daya saing perusahaan*. <https://lib.ui.ac.id>
- Virginia, V. (2019). *Surgical Care*. <https://www.hcavirginia.com/specialties/surgery>
- Wæhle, H. V., Haugen, A. S., Wiig, S., Søfteland, E., Sevdalis, N., & Harthug, S. (2020). How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-020-4965-5>
- Wangoo, L., Ray, R. A., & Ho, Y.-H. (2016). Compliance and Surgical Team

- Perceptions of WHO Surgical Safety Checklist; Systematic Review. *Int Surg*, 101, 35–49. <https://doi.org/10.9738/INTSURG-D-15-00105.1>
- Weiser, T. G., & Haynes, A. B. (2018). Ten years of the Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 105(8), 927–929. <https://doi.org/10.1002/BJS.10907>
- WHO. (2009). World alliance for patient safety: WHO patient safety curriculum guide for medical schools. *World Alliance for Patient Safety Who*, 12. [https://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/who\\_ps\\_curriculum\\_summary.pdf](https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/who_ps_curriculum_summary.pdf)
- WHO. (2017a). *Medication Without Harm*. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
- WHO. (2017b). *Patient safety*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/patient-safety>
- Winardi, W. (2016). *Kepemimpinan dalam manajemen* (1st ed.). Rineka Cipta. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=56233>
- Yulianti, E., Malini, H., & Muharni, S. (2019). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Surgical Safety Checklist Di Kamar Operasi Rumah Sakit Kota Batam. *Jurnal Endurance*, 4(3), 456. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i3.4501>
- Zoeldan, Z. (2012). *Faktor yang mempengaruhi kinerja*. <http://www.zoeldan.com>