

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Surgical Safety Checklist*

1. Definisi *Surgical Safety Checklist*

World Health Organization (WHO) melalui *World Alliance for Patient Safety* telah membuat *Surgical Safety Checklist (SSC)* sebagai alat yang digunakan oleh para praktisi klinis dikamar bedah untuk meningkatkan keamanan operasi, mengurangi kematian dan komplikasi akibat pembedahan, SSC tersebut sudah baku dari WHO, merupakan alat komunikasi praktis dan sederhana dalam memastikan keselamatan pasien dalam tahap preoperatif, intraoperatif dan post operatif.

Surgical Safety Checklist (SSC) diluncurkan WHO tahun 2008 dalam *the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives*. Panduan lengkapnya diterbitkan WHO tahun 2009. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien dalam tindakan pembedahan di kamar operasi, diperlukan kerja sama, pengalaman, dan pengetahuan yang baik. Salah satunya adalah bagaimana penerapan SSC menjadi standar prosedur baku keselamatan pasien di kamar operasi (Allen et al., 2021). Upaya untuk peningkatan keselamatan pasien di ruang operasi dengan menggunakan formulir SSC sebagai alat komunikasi yang praktis dan sederhana (Trisna, 2016).

2. Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*

Pelayanan tindakan medis operasi dilakukan secara tim meliputi: dokter, operator, dan keperawatan (perawat instrumen, perawat anestesi, perawat sirkulasi, dan perawat pemulihan) (Arif dan Kumala, 2009). Menurut (Selano et al., 2019) agar pemakaian *Surgical Safety Checklist (SSC)* menjadi efektif, dibutuhkan perawat kamar operasi yang konsisten dalam menerapkan sikap, menjaga budaya keselamatan pasien dan konsisten melaksanakan prosedur keselamatan pasien serta tim ruang operasi yang kompak. SSC dibagi tiga tahap yaitu sebelum induksi anestesi

(*Sign In*), periode setelah induksi dan sebelum bedah sayatan (*Time Out*), dan periode selama atau segera setelah penutupan luka tapi sebelum mengeluarkan pasien dari operasi kamar (*Sign Out*). Tiga fase operasi tersebut seperti pada gambar ini:

SURGICAL PATIENT SAFETY CHECKLIST		
SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
Pasien telah dikonfirmasi : <input type="checkbox"/> Identitas pasien <input type="checkbox"/> Prosedur <input type="checkbox"/> Sisi operasi sudah benar <input type="checkbox"/> Persetujuan untuk operasi telah diberikan <input type="checkbox"/> Sisi yang akan dioperasi telah ditandai <input type="checkbox"/> Ceklis keamanan anestesi telah dilengkapi <input type="checkbox"/> Oksimeter pulse pada pasien berfungsi Apakah pasien memiliki alergi ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Apakah risiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, telah disiapkan peralatan Risiko kehilangan darah > 500 ml pada orang dewasa atau > 7 ml/kg BB pada anak-anak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan	<input type="checkbox"/> Setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. <input type="checkbox"/> Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit : Tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan : <input type="checkbox"/> Operasi yang benar <input type="checkbox"/> Pada pasien yang benar <input type="checkbox"/> Antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.	Melakukan pengecekan: <input type="checkbox"/> Prosedur sudah dicatat <input type="checkbox"/> Kelengkapan spons <input type="checkbox"/> Penghitungan instrumen <input type="checkbox"/> Pemberian lab PI pada spesimen <input type="checkbox"/> Kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. <input type="checkbox"/> Tim bedah membuat perencanaan post operasi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi

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

a. Fase *Sign In*

Fase *sign in* adalah fase sebelum induksi anestesi, koordinasi secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, *pulse oxymetry* pada pasien berfungsi. Koordinator dengan anestesi mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi. Prosedur Sign In idealnya dilakukan oleh tiga komponen, yaitu pasien (bila kondisi sadar atau memungkinkan), penata anestesi, dan dokter anestesi serta perawat bedah (perawat sirkular) Pada fase *Sign In* dilakukan konfirmasi berupa identitas pasien, sisi operasi yang sudah tepat dan telah ditandai, apakah mesin anestesi sudah berfungsi, apakah pulse oksimeter pada pasien berfungsi, serta faktor resiko pasien seperti apakah ada reaksi alergi, resiko kesulitan jalan nafas, dan adanya resiko kehilangan darah lebih dari 500ml.

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist (SSC)* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Sign In* adalah (WHO, 2009):

- 1) Konfirmasi identitas pasien, koordinator *Checklist* secara lisan menegaskan identitas pasien, jenis prosedur pembedahan, lokasi operasi, serta persetujuan untuk dilakukan operasi. Langkah ini penting dilakukan agar petugas kamar operasi tidak salah melakukan pembedahan terhadap pasien, sisi, dan prosedur pembedahan. Bagi pasien anak-anak atau pasien yang tidak memungkinkan untuk berkomunikasi dapat dilakukan kepada pihak keluarga, itulah mengapa dilakukan konfirmasi kepada pasien sebelum pembedahan (Irmawati & Anggorowati, 2017).
- 2) Konfirmasi sisi pembedahan, koordinator *Checklist* harus mengkonfirmasi kalau ahli bedah telah melakukan penandaan terhadap sisi operasi bedah pada pasien (biasanya menggunakan marker permanen) untuk pasien dengan kasuss lateralitas (perbedaan kanan atau kiri) atau beberapa struktur dan tingkat (misalnya jari

tertentu, jari kaki, lesi kulit, vertebrata) atau tunggal (misalnya limpa). Penandaan yang permanen dilakukan dalam semua kasus, dan dapat memberikan ceklis cadangan agar dapat mengkonfirmasi tempat yang benar (Irmawati & Anggorowati, 2017).

- 3) Persiapan mesin pembedahan dan anestesi, koordinator *Checklist* melengkapi langkah berikutnya dengan meminta bagian anestesi untuk melakukan konfirmasi penyelesaian pemeriksaan keamanan anestesi, dilakukan dengan pemeriksaan peralatan anestesi, saluran untuk pernafasan pasien nantinya (oksigen dan inhalasi), ketersediaan obat-obatan, serta resiko pada pasien setiap kasus (Irmawati & Anggorowati, 2017).
- 4) Pengecekan *pulse oximetri* dan fungsinya, koordinator *Checklist* menegaskan bahwa pulse oksimetri telah ditempatkan pada pasien dan dapat berfungsi benar sebelum induksi anestesi. Idealnya *pulse oksimetri* dilengkapi sebuah sistem untuk dapat membaca denyut nadi dan saturasi oksigen, pulse oksimetri sangat direkomendasikan oleh WHO dalam pemberian anestesi, jika *pulse oksimetri* tidak berfungsi atau belum siap maka ahli bedah anestesi harus mempertimbangkan menunda operasi sampai alat-alat sudah siap sepenuhnya (WHO, 2009).
- 5) Konfirmasi tentang alergi pasien, koordinator *Checklist* harus mengarahkan pertanyaan ini dan dua pertanyaan berikutnya kepada ahli anestesi. Pertama, koordinator harus bertanya apakah pasien memiliki alergi? Jika iya, apa itu? Jika koordinator tidak tahu tentang alergi pada pasien maka informasi ini harus dikomunikasikan (WHO, 2009).
- 6) Konfirmasi Resiko Operasi, Ahli anestesi akan menulis apabila pasien memiliki kesulitan jalan nafas pada status pasien, sehingga pada tahapan Sign In ini tim bedah dapat mengetahuinya dan mengantisipasi pemakaian jenis anestesi yang digunakan. Resiko terjadinya aspirasi dievaluasi sebagai bagian dari penilaian jalan nafas

sehingga apabila pasien memiliki gejala refluks aktif atau perut penuh, ahli anastesi harus mempersiapkan kemungkinan terjadi aspirasi. Resiko aspirasi dapat dikurangi dengan cara memodifikasi rencana anastesi, misalnya menggunakan teknik induksi cepat dan dengan bantuan asisten memberikan tekanan krikoid selama induksi untuk mengantisipasi aspirasi pasien yang telah dipuasakan enam jam sebelum operasi (WHO, 2009).

- 7) Konfirmasi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml (700ml/kg pada anak-anak) Dalam langkah keselamatan, koordinator *Checklist* meminta tim anastesi memastikan apa ada resiko kehilangan darah lebih dari setengah liter darah selama operasi karena kehilangan darah merupakan bahaya umum dan sangat penting bagi pasien bedah, dengan resiko syok hipovolemik terjadi ketika kehilangan darah 500ml (700ml/kg pada anak-anak), Persiapan yang memadai dapat dilakukan dengan perencanaan jauh hari dan melakukan resusitasi cairan saat pembedahan berlangsung (WHO, 2009).

b. Fase *Time Out*

Fase *time out* adalah fase dimana setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit sebelumnya (Irmawati & Anggorowati, 2017).

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist* (SSC) yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Time Out* adalah sebelum melakukan insisi atau sayatan pada kulit, jeda sesaat harus diambil oleh tim untuk mengkonfirmasi bahwa beberapa keselamatan penting pemeriksaan harus dilakukan (WHO, 2009) :

- 1) Konfirmasi nama dan peran anggota tim, konfirmasi dilakukan dengan cara semua anggota tim memperkenalkan nama dan

perannya, karena anggota tim sering berubah sehingga dilakukan manajemen yang baik yang diambil pada tindakan dengan resiko tinggi seperti pembedahan. Koordinator harus mengkonfirmasi bahwa semua orang telah diperkenalkan termasuk staf, mahasiswa, atau orang lain (WHO, 2009).

- 2) Anggota tim operasi melakukan konfirmasi secara lisan identitas pasien, sisi yang akan dibedah, dan prosedur pembedahan. Koordinator *Checklist* akan meminta semua orang berhenti dan melakukan konfirmasi identitas pasien, sisi yang akan dilakukan pembedahan, dan prosedur pembedahan agar tidak terjadi kesalahan selama proses pembedahan. Sebagai contoh, perawat secara lisan mengatakan “sebelum kita melakukan sayatan pada kulit (*Time Out*) apakah semua orang sudah mengetahui identitas pasien?, mengalami Hernia Inguinal kanan?” (WHO, 2009).
- 3) Konfirmasi antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit terakhir, koordinator *Checklist* akan bertanya dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir, anggota tim yang bertanggung jawab dalam pemberian antibiotik profilaksis adalah ahli bedah, dan harus memberikan konfirmasi secara verbal (WHO, 2009).
- 4) Antisipasi Peristiwa kritis, untuk memastikan komunikasi pada pasien dengan keadaan kritis, koordinator *checklist* akan memimpin diskusi secara cepat antara ahli bedah, ahli anastesi, perawat terkait bahaya kritis dan rencana selama pembedahan (WHO, 2009).

c. Fase *Sign Out*

Fase *sign out* adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spon, penghitungan instrument, pemberian label pada specimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah terakhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada

manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (Irmawati & Anggorowati, 2017).

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist (SSC)* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Sign Out* adalah (WHO, 2009):

- 1) Review pembedahan, koordinator *Checklist* harus melakukan konfirmasi dengan ahli bedah dan tim apa prosedur yang telah dilakukan.
- 2) Penghitungan instrumen, spons, dan jumlah jarum Perawat harus mengkonfirmasi secara lisan kelengkapan akhir instrumen, spons, dan jarum, dalam kasus rongga terbuka jumlah instrumen dipastikan harus lengkap, jika jumlah tidak lengkap maka tim harus waspada sehingga dapat mengambil langkah (seperti memeriksa tirai, sampah, luka, jika perlu mendapatkan gambar radiografi).
- 3) Pelabelan specimen Pelabelan digunakan untuk pemeriksaan diagnostik patologi. Salah melakukan pelabelan berpotensi menjadi bencana untuk pasien dan terbukti menjadi salah satu penyebab error pada laboratorium. Perawat sirkuler harus mengkonfirmasi dengan benar dari setiap spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membacakan secara lisan nama pasien, deskripsi spesimen, dan setiap tanda berorientasi.
- 4) Konfirmasi masalah peralatan Apakah ada masalah peralatan di kamar operasi yang bersifat universal sehingga koordinator harus mengidentifikasi peralatan yang bermasalah agar instrumen yang tidak berfungsi tidak mengganggu jalannya pembedahan di lain hari.
- 5) Ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat meninjau rencana pemulihan dan pengelolaan pasien Sebelum pasien keluar dari ruang operasi maka anggota tim bedah memberikan informasi tentang pasien kepada perawat yang bertanggung jawab di ruang pemulihan (*recovery room*), tujuan dari langkah ini adalah transfer efisien dan tepat informasi penting untuk seluruh tim.

3. Tujuan *Surgical Safety Checklist*

Adapun tujuan dari *Surgical Safety Checklist* yaitu (WHO, 2009):

a. Tujuan utama

Untuk menciptakan perilaku tim pembedahan dan lingkungan yang aman bagi pasien, memperkuat praktik keselamatan dan mendorong

b. Tujuan Khusus

- 1) Tim pembedahan dipastikan melakukan pembedahan pada tepat penderita dan tepat lokasi.
- 2) Tim pembedahan dipastikan melakukan metode anestesi yang mencegah rasa sakit bagi penderita.
- 3) Tim pembedahan telah mengenali dan melakukan persiapan yang efektif dalam pencegahan dan penanganan terjadinya gangguan *airway* dan *breathing*.
- 4) Pembedahan telah mengenali, melakukan pencegahan dan antisipasi terhadap resiko perdarahan (*circulation*).
- 5) Tim pembedahan telah mengetahui dan menghindari serta antisipasi penanganan terjadinya reaksi alergi maupun efek samping obat yang berat, yang potensial terjadi pada pasien.
- 6) Tim pembedahan secara konsisten menerapkan metode aseptik, guna mencegah timbulnya infeksi luka operasi.
- 7) Tim pembedahan selalu menghindari terjadinya ketertinggalan alat atau benda habis pakai pada daerah operasi.
- 8) Tim pembedahan selalu menjaga dan melakukan identifikasi yang tepat terhadap spesimen hasil pembedahan.
- 9) Tim selalu melakukan komunikasi dan pertukaran informasi yang penting dalam upaya melakukan operasi yang aman.

4. Dasar Hukum *Surgical Safety Checklist*

Dasar Hukum dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* (SSC) meliputi :

- a. Rekomendasi WHO (*World Health Organization*) tentang *Patient Safety* dan *Safe Surgical Saves Live*

b. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1691/menkes/Per/VIII/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit yang tertuang dalam Bab IV Pasal 8 ayat 1 dan 2 yang isinya adalah :

1. Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
2. Sasaran keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1:
 - a. Ketepatan identifikasi pasien
 - b. Peningkatan komunikasi yang efektif
 - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
 - d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
 - e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
 - f. Pengurangan resiko pasien jatuh
3. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) tentang sasaran keselamatan pasien.

Standart SKP 4, rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur pembedahan. Standart SKP 4.1 rumah sakit melaksanakan prosedur bedah yang aman dengan menggunakan “*Surgical Safety Checklist*” (WHO *Cheklis* terkini) serta memastikan terlaksananya proses time-out dikamar operasi sebelum operasi selesai (KARS,2019).

5. Pengukuran Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC)

Jenis data yang digunakan pada variabel dependen adalah data kategorik. Sumber data merupakan data Primer yang bersumber langsung dari responden. Variabel perilaku penerapan diukur menggunakan kuesioner pertanyaan tertutup. Kuesioner dikutip dari teori WHO (2009); Yuliati, et al., (2019). Kuesioner yang disusun menggunakan skala Gutmaan. Indikator yang digunakan dalam kuesioner ini adalah :

- a. Kategori dilaksanakan jika Perawat mengisi lengkap lembar SSC mulai dari fase *sign in*, *time out*, dan *sign out* secara berurutan dan sesuai waktunya. Diberi skor 1.
- b. Kategori tidak dilaksanakan jika Perawat tidak mengisi lengkap lembar SSC mulai dari fase *sign in*, *time out*, dan *sign out* secara berurutan dan jika diisi tidak sesuai waktunya. Diberi skor 0.

B. Faktor faktor yang berhubungan dengan Perilaku Penerapan *Surgical Safety Checklist (SSC)*

Menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2018) Faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan yaitu:

1. faktor predisposisi yang terdiri dari pengetahuan, Pendidikan, sikap, persepsi, dan sosiodemografi mempunyai hubungan yang sangat erat dengan motivasi individu dan kerja kelompok. Walaupun variabel sosiodemografi yang terdiri dari status ekonomi, umur, jenis kelamin, dan keluarga sangat penting, tetapi tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap perilaku dan kinerja.
2. Faktor pemungkin yang terdiri dari keterampilan, masa kerja dan sarana merupakan hal yang berhubungan langsung dengan perilaku dan kinerja. Adapun yang dimaksud dengan keterampilan adalah kemampuan individu melakukan pekerjaan yang diinginkan, sedangkan sarana adalah barang, uang atau alat yang mendukung pekerjaan seperti dana, alat transportasi, sumber daya manusia dan lain-lain.
3. Sedangkan untuk faktor penguat yang terdiri dari variabel perilaku dan budaya petugas kesehatan.

Beberapa faktor yang berhubungan dengan penerapan *Surgical Safety Checklist* antara lain (Yuliati, et al., 2019; Selano, et al., 2019):

1. Pengetahuan

a. Definisi

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu.

Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau open behavior (Donsu, 2017). Pengetahuan atau *knowledge* adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra yang dimilikinya. Panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan untuk menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan (Notoatmodjo, 2018).

Menurut Sudibyo et al., (2020) pengetahuan perawat tentang *Surgical Safety Checklist (SSC)* di Ruang Operasi menunjukkan bahwa Semakin tinggi tingkat pendidikan maka daya serapnya terhadap informasi menjadi semakin baik. Selain itu tingkat pendidikan yang semakin tinggi, maka pola pikirnya juga akan semakin baik sehingga akan menyebabkan seseorang mempunyai kemampuan dalam analisis yang lebih baik. Perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka perilaku tersebut tidak akan berlangsung lama. Hal ini berkaitan dengan perkembangan dari ilmu keperawatan, kedalaman dan luasnya ilmu pengetahuan akan mempengaruhi kemampuan perawat untuk berpikir kritis dalam melakukan tindakan keperawatan. Ini diartikan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat maka kepatuhan dalam penerapan *Surgical Safety Checklist (SSC)* juga akan meningkat.

b. Faktor yang mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal dan sangat erat hubungannya. Diharapkan dengan pendidikan yang tinggi maka akan semakin luas pengetahuannya. Tetapi orang yang berpendidikan rendah tidak mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan non formal. Pengetahuan akan suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang. Semakin banyak aspek positif dan

objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap semakin positif terhadap objek tertentu (Notoatmojo, 2018).

c. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif menurut (Notoatmodjo, 2018) mempunyai 6 tingkat, yakni :

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Contoh, dapat menyebutkan Langkah-langkah *surgical safety checklist (SSC)*.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai sesuatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Contoh, menyimpulkan meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus menerapkan *surgical safety checklist*.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan menggunakan rumus statistik dalam menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah kesehatan dari kasus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja dapat

menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5) Perpaduan (*synthesis*)

Perpaduan menunjuk kepada suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. evaluasi dilakukan dengan menggunakan kriteria sendiri atau kriteria yang telah ada.

d. Pengukuran Pengetahuan

Jenis data yang digunakan pada variabel pengetahuan adalah data kategorik. Sumber data merupakan data Primer yang bersumber langsung dari responden. Variable pengetahuan perawat diukur dengan menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh peneliti. Kuesioner pengetahuan perawat dengan jumlah soal 10 butir pertanyaan. Kuesioner pengetahuan perawat menggunakan alternative jawaban dengan menggunakan skala Guttman dengan indikator jika benar diberi skor 1 dan salah diberi skor 0

Menurut (Arikunto, 2010), pengukuran tingkat pengetahuan dapat dikategorikan menjadi 3, yaitu:

- 1) Pengetahuan baik (responden menjawab benar 76-100%).
- 2) Pengetahuan cukup (responden menjawab benar 56-75%).
- 3) Pengetahuan kurang (responden menjawab benar <56%).

2. Pendidikan

1. Definisi

Pendidikan adalah suatu proses, tehnik, dan metode belajar mengajar dengan maksud mentransfer suatu pengetahuan dari seseorang kepada orang lain melalui prosedur. Pendidikan merupakan

upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat, agar masyarakat mau melakukan tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan yang dihasilkan oleh pendidikan ini didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran, sehingga perilaku tersebut diharapkan akan berlangsung lama (*long lasting*) dan menetap karena didasari oleh kesadaran (Lestari, 2014).

Pendidikan keperawatan merupakan institusi yang memiliki peranan besar dalam mengembangkan dan menciptakan proses profesionalisasi para tenaga keperawatan. Pendidikan keperawatan mampu memberikan bentuk dan corak tenaga yang pada gilirannya memiliki tingkat kemampuan dan mampu memfasilitasi pembentukan komunitas keperawatan dalam memberikan suara dan sumbangsih bagi profesi dan masyarakat (Lestari, 2014).

2. Tujuan Pendidikan Keperawatan

Menurut Kusnanto (2014), Tujuan Pendidikan Keperawatan adalah:

- 1) Menumbuhkan atau membina sikap dan tingkah laku profesional yang sesuai dengan tuntutan profesi keperawatan.
- 2) Membangun landasan ilmu pengetahuan yang kokoh, baik kelompok ilmu keperawatan maupun berbagai kelompok ilmu dasar dan penunjang, yang diperlukan untuk melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan profesional, yaitu mengembangkan diri pribadi dan mengembangkan ilmu keperawatan.
- 3) Menumbuhkan atau membina keterampilan profesional, yang mencakup antara lain intelektual, keterampilan teknis dan interpersonal, yang diperlukan untuk melaksanakan pelayanan askep, mengembangkan diri pribadi, dan ilmu keperawatan.
- 4) Menumbuhkan atau membina landasan etik keperawatan yang kokoh dan mantap sebagai tuntutan utama dalam melaksanakan pelayanan / asuhan keperawatan dan dalam kehidupan keprofesian.

3. Fungsi Pendidikan Keperawatan

Menurut Kusnanto (2014), Pengembangan dan pembinaan pendidikan tinggi keperawatan diarahkan kepada pembinaan kemampuan institusi pendidikan untuk melaksanakan tiga fungsi pokok perguruan tinggi, yaitu fungsi pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat. Menurut Undang-Undang No 38 Tahun 2014 pasal 5 tentang Pendidikan Tinggi Keperawatan, maka Pendidikan Tinggi Keperawatan terdiri atas:

- 1) Pendidikan vokasi (Diploma)
- 2) Pendidikan Akademik (Sarjana)

4. Pengukuran Pendidikan

Jenis data yang digunakan pada variabel pendidikan adalah data kategorik. Sumber data merupakan data Primer yang bersumber langsung dari responden. Data diukur dengan menggunakan kuesioner pertanyaan tertutup. Dengan kategori indikator sebagai berikut:

- | | |
|---------------------|-----------------|
| Diploma (D3) | diberi kode = 1 |
| Sarjana (S1 + Ners) | diberi kode = 2 |

3. Sikap

a. Definisi

Sikap adalah suatu respons atau reaksi yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan. Sikap adalah kecenderungan yang berasal dari dalam diri individu untuk berkelakuan dengan pola-pola tertentu terhadap suatu objek akibat pendirian terhadap objek tersebut (Induniasih & Ratna, 2017).

Notoatmodjo, (2018), mengatakan bahwa perwujudan sikap tidak dapat dilihat langsung, namun terlebih dahulu ditafsirkan dari perilaku yang tertutup. Sikap dianggap belum berupa suatu aktivitas atau tindakan, tetapi kecenderungan atas tindakan dari sebuah perilaku. Sikap masih menjadi suatu reaksi tertutup terhadap perilaku-perilaku kesehatan yang dikenalkan.

b. Karakteristik Sikap

Menurut Notoatmodjo (2018), karakteristik sikap antara lain:

- 1) Sikap yaitu kecenderungan berfikir, berpersepsi dan bertindak.
- 2) Sikap mempunyai daya pendorong (motivasi).
- 3) Sikap relatif lebih menetap, dibanding emosi dan pikiran.
- 4) Sikap mengandung aspek penilaian atau evaluatif terhadap objek.

c. Kategori Sikap

Menurut Notoatmodjo (2018), sikap terdiri dari :

- 1) Menerima (*receiving*)
Sikap menerima merupakan sikap seseorang yang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan oleh para petugas kesehatan saat melakukan penyuluhan program kesehatan.
- 2) Merespons (*responding*)
Merespons adalah sikap yang memberikan tanggapan atau respons apabila petugas kesehatan melemparkan pertanyaan, meminta bantuan dan kerjasamanya untuk melakukan suatu pekerjaan atau tugas yang diberikan oleh petugas kesehatan. Sebaiknya petugas kesehatan jangan terlalu berorientasi terhadap jawaban ataupun hasil penugasan yang sempurna dan benar.
- 3) Menghargai (*Valuing*)
Menghargai adalah tindakan menghormati dan memandang penting suatu hal. Kaitannya dengan promosi kesehatan adalah menghargai apa yang telah disampaikan oleh para petugas kesehatan dengan cara mendengarkan materi yang disampaikan. Bentuk menghargai dapat juga seperti mengajak orang lain mengerjakan sesuatu hal yang telah dianjurkan ataupun mendiskusikan sesuatu permasalahan.
- 4) Bertanggung Jawab (*Responsible*)
Bertanggung jawab diartikan sebagai sikap yang bersedia menanggung suatu kewajiban atas pilihan yang berkaitan dengan perilaku kesehatan yang telah dipilih.

d. Faktor yang mempengaruhi Sikap

Azwar, (2015) menjelaskan faktor yang mempengaruhi sikap adalah :

1) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Tanggapan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap, untuk mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain disekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap.

3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Tanpa kita sadari, kebudayaan telah menanamkan pengaruh terhadap sikap.

4) Media Massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang.

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu, pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan.

6) Pengaruh faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap yang ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang- kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

e. Pengukuran Sikap

Jenis data yang digunakan pada variabel sikap adalah data kategorik. Sumber data merupakan data Primer yang bersumber langsung dari responden. Pengukuran sikap dengan menggunakan skala *likert*. Skala *likert* juga dapat digunakan untuk mengukur pendapat, persepsi seseorang tentang tanda gejala atau masalah yang ada atau dialaminya (Azwar, 2015). Adapun penilaian dari skala likert yaitu:

- 1) Pernyataan Positif :
 - a) Sangat Setuju (4)
 - b) Setuju (3)
 - c) Tidak Setuju (2)
 - d) Sangat Tidak Setuju (1)
- 2) Pernyataan Negatif
 - a) Sangat Setuju (1)
 - b) Setuju (2)
 - c) Tidak Setuju (3)
 - d) Sangat Tidak Setuju (4)

Pengukuran menggunakan skala likert. Dalam menganalisis peneliti membuat kriteria penilaian untuk menentukan nilai dengan kategori:

- a) Positif : jika skor responden \geq mean/median
- b) Negatif : jika skor responden $<$ mean/median

4. Motivasi

a. Definisi Motivasi

Istilah motivasi (*motivation*) berasal dari bahasa latin, yakni *movere*, yang berarti “menggerakkan” (*to move*). Motivasi dalam manajemen pada umumnya hanya diperuntukan pada sumber daya manusia dan khususnya untuk para bawahan. Motivasi itu sendiri merupakan faktor yang paling menentukan bagi seorang perawat dalam bekerja. Meskipun kemampuan dari perawat maksimal disertai dengan fasilitas yang memadai, namun jika

tidak ada motivasi untuk mendorong perawat untuk bekerja sesuai tujuan maka pekerjaan tersebut tidak akan berjalan sesuai dengan tujuan.

Beberapa pendapat mengenai motivasi menurut para ahli, Winardi, (2016) mengemukakan bahwa motivasi merupakan suatu kekuatan potensial yang ada di dalam diri seorang manusia, yang dapat dikembangkannya sendiri atau dikembangkan oleh sejumlah kekuatan luar yang pada intinya berkisar sekitar imbalan moneter dan imbalan non moneter, yang dapat mempengaruhi hasil kinerja secara positif atau negatif.

Sedangkan yang dikemukakan oleh Hasibuan & Malayu, (2015) pengertian motivasi adalah mempersoalkan bagaimana cara mendorong gairah kerja bawahan, agar mereka mau bekerja keras dengan memberikan semua kemampuan dan keterampilan untuk mewujudkan tujuan institusi.

b. Jenis-Jenis Motivasi

Motivasi kerja dibagi menjadi beberapa jenis. Jenis motivasi menurut Winardi (2016) dapat bersifat negatif dan positif, yakni:

- 1) Motivasi Positif, yang kadang-kadang dinamakan orang “motivasi yang mengurangi perasaan cemas” (*anxiety reducing motivation*) atau “pendekatan wortel” (*the carrot approach*) di mana orang ditawarkan sesuatu yang bernilai (misalnya imbalan berupa uang, pujian dan kemungkinan untuk menjadi karyawan tetap) apabila kinerjanya memenuhi standar yang ditetapkan.
- 2) Motivasi Negatif, yang sering kali dinamakan orang “pendekatan tongkat pemukul” (*the stick approach*) menggunakan ancaman hukuman (teguran-teguran, ancaman akan diturunkan pangkat dll).

c. Tujuan dan Manfaat Motivasi

Tujuan dan manfaat motivasi menurut Hasibuan & Malayu (2015) :

- 1) Meningkatkan moral dan kepuasan kerja karyawan.
- 2) Meningkatkan produktifitas kerja karyawan.
- 3) Mempertahankan kestabilan dan kedisiplinan karyawan.
- 4) Mengefektifkan pengadaan karyawan.
- 5) Menciptakan suasana dan hubungan kerja yang baik.

- 6) Meningkatkan loyalitas, kreatifitas, dan partisipasi karyawan.
- 7) Meningkatkan tingkat kesejahteraan karyawan.
- 8) Mempertinggi rasa tanggungjawab karyawan dengan tugasnya.
- 9) Meningkatkan efisiensi penggunaan alat-alat dan bahan baku

d. Prinsi-Prinsip dalam Motivasi

Terdapat beberapa prinsip dalam memotivasi kerja karyawan menurut Hasibuan & Malayu, (2015), diantaranya yaitu:

1) Prinsip Partisipasi

Dalam upaya memotivasi kerja, perawat perlu diberikan kesempatan ikut berpartisipasi dalam menentukan tujuan yang akan dicapai oleh pemimpin.

2) Prinsip Komunikasi

Pemimpin mengkomunikasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan usaha pencapaian tugas, dengan informasi yang jelas, pegawai akan lebih mudah dimotivasi kerjanya.

3) Prinsip mengakui andil bawahan

Pemimpin mengakui bahwa bawahan (karyawan) mempunyai andil didalam usaha pencapaian tujuan. Dengan pengakuan tersebut, karyawan akan lebih mudah di motivasi kerjanya.

4) Prinsip pendelegasian wewenang

Pemimpin yang memberikan otoritas atau wewenang kepada karyawan bawahan untuk sewaktu waktu dapat mengambil keputusan terhadap pekerjaan yang dilakukannya, akan membuat karyawan yang bersangkutan menjadi termotivasi untuk mencapai tujuan yang diharapkan oleh pemimpin.

5) Prinsip pemberi perhatian

Pemimpin memberikan perhatian terhadap apa yang diinginkan karyawan bawahannya, akan memotivasi karyawan bekerja apa yang diharapkan oleh pemimpin.

e. Pengukuran Motivasi

Jenis data yang digunakan pada variabel motivasi adalah data kategorik. Sumber data merupakan data Primer yang bersumber langsung dari responden. Pengukuran sikap dengan menggunakan skala *likert*. Skala *likert* juga dapat digunakan untuk mengukur pendapat, persepsi seseorang tentang tanda gejala atau masalah yang ada atau dialaminya (Azwar, 2015). Penilaian skala likert yaitu :

- 1) Pernyataan Positif :
 - a) Sangat Setuju (4)
 - b) Setuju (3)
 - c) Tidak Setuju (2)
 - d) Sangat Tidak Setuju (1)
- 2) Pernyataan Negatif
 - a) Sangat Setuju (1)
 - b) Setuju (2)
 - c) Tidak Setuju (3)
 - d) Sangat Tidak Setuju (4)

Pengukuran menggunakan skala likert. Dalam menganalisis peneliti membuat kriteria penilaian untuk menentukan nilai dengan kategori:

- 1) Positif : jika skor responden \geq mean/median
- 2) Negatif : jika skor responden $<$ mean/median

5. Masa Kerja

a. Definisi

Masa kerja merupakan jumlah dari aktivitas kerja seseorang yang dilakukan dalam waktu yang lama, sehingga jangka waktu tersebut dapat diartikan sebagai lamanya masa kerja seseorang (Riningrum, 2016). Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang

dikembangkan memberikan keterampilan profesional, pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan menifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya (Notoatmodjo, 2018).

b. Pengukuran Masa Kerja

Menurut Riningrum (2016) kategori masa kerja terbagi menjadi dua : Masa Kerja baru yaitu Masa kerja yang dilakukan dengan kurun waktu kurang kurang dari 3 tahun. Masa Kerja lama yaitu Masa kerja dengan waktu lebih dari 3 tahun.

- 1) Masa kerja baru (< 3 tahun)
- 2) Masa kerja lama (≥ 3 tahun)

C. Penelitian Terkait

Penelitian terkait merupakan uraian singkat tentang penelitian terdahulu dan berkaitan dengan judul atau masalah yang akan diteliti (Aprina et al., 2022).

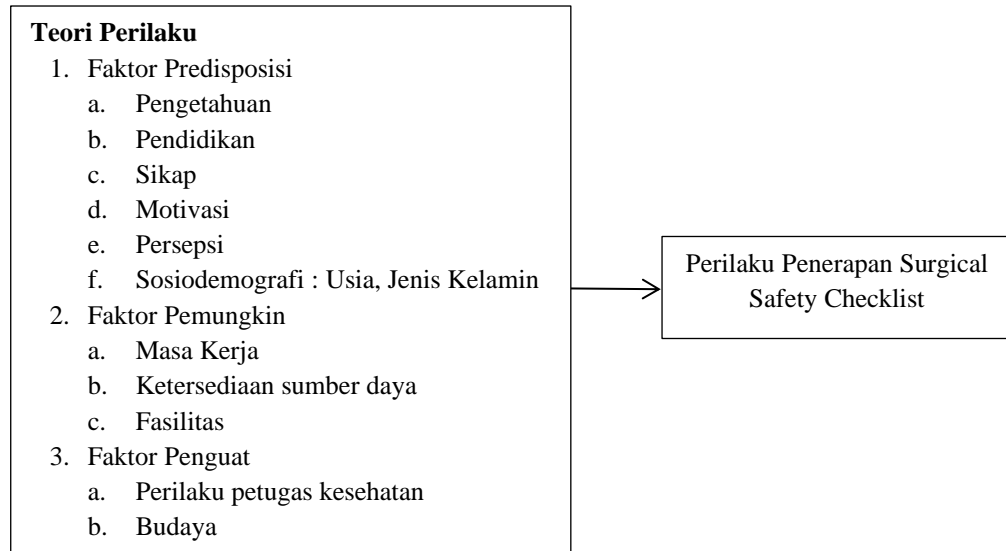
Tabel 2.1 Penelitian Terkait

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variable, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	Faktor Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di kamar operasi; Purwanti et al., (2022)	D: deskripsi korelasi, pendekatan <i>cross sectional</i> S: <i>total sampling</i> , 28 responden V: pengetahuan, pendidikan, pelatihan, beban kerja dan penerapan SSC I: kuesioner penilaian pendidikan, pengetahuan, ikut pelatihan dan beban kerja A: univariat dan bivariat. Uji bivariat dengan <i>chi square</i>	faktor Pendidikan dengan (Value = 0,021; $\alpha < 0,05$), faktor pengetahuan dengan (P Value = 0,000; $\alpha < 0,05$) dan faktor pelatihan didapatkan (P Value = 0,009; $\alpha < 0,05$) ada hubungan dengan penerapan <i>Surgical Safety Chechlist</i> dikamar operasi Rumah Sakit Prima Pekanbaru. Faktor beban kerja didapatkan (P Value = 0,075; $\alpha > 0,05$) artinya beban kerja tidak ada hubungan dengan penerapan SSC dikamar operasi Rumah Sakit Prima Pekanbaru.

2.	Hubungan Lama Kerja Perawat Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pengisian Surgical Safety Checklist; Chotimah & Wijaya (2022)	D: kuantitatif, deskriptif, pendekatan <i>cross sectional</i> S: <i>total sampling</i> , 17 responden V: lama kerja dan penerapan SSC I: kuisisioner A: univariat dan bivariat dengan uji <i>chi square</i>	ada hubungan antara lama kerja dengan kepatuhan dalam pengisian Surgical Safety Checklist (SSC) Rumah Sakit Musi Medika Cendikia Palembang (p value = 0,022 < α 0,05)
3.	Penerapan Check List Keselamatan Bedah WHO; Rachmawaty et al., (2020)	Literatur Review dengan sumber artikel literature review terpublikasi dari tahun 2014 sampai 2019, teks berbahasa inggris dan diperoleh dari Pubmed, Ebscho dan Proquest	Checklist Keselamatan Bedah WHO berimplikasi terhadap penurunan angka kematian, dapat mengurangi komplikasi pasca bedah, membangun performa tim dengan komunikasi, user friendly dalam penggunaan checklist bagi anggota tim, meningkatkan keselamatan pasien dan trend penerimaan check list yang positif dari anggota tim memberikan dampak peningkatan terhadap standar peraturan diruang operasi.
4.	Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist (SSC)</i> Di Ruang Operasi RS Ortopedi Prof . Dr . R. Soeharso Suraarta; Sudibyo et al.,(2020).	D : kuantitatif, desain <i>cross sectional</i> S : <i>total sampling</i> , semua perawat, 42 responden V : tingkat pengetahuan dan penerapan SSC I : kuisisioner A : univariat dan bivariat dengan uji <i>chi square</i>	tingkat pengetahuan cukup 50% dengan tingkat kepatuhan tergolong patuh 88,1%. Perawat kurang patuh 11,9%. Hasil Analisis Bivariat 0,01 (p-value < 0,05) dengan nilai r = 0,500. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan dalam penerapan ssc.
5.	Analisis Hubungan Karakteristik, Pengetahuan Dan Motivasi Dengan Penerapan Surgical Safety Checklist (SSC) Perawat Kamar Bedah Di Rumah Sakit Kota Batam; Yuliati, E. (2019)	D : kuantitatif, analitik observasional, desain <i>cross sectional</i> S : <i>total sampling</i> , semua perawat, 67 responden V : pendidikan, lama kerja, pengetahuan, motivasi dan penerapan SSC I : kuisisioner A : univariat dan bivariat dengan uji <i>chi square</i>	sebagian perawat mempunyai pendidikan sebagian besar diploma, dengan masa kerja > 6 bulan (82.1%); pengetahuan baik (53.7%) dengan motivasi rendah (57.7%). Terdapat hubungan antara pendidikan (p= 0.042); lama kerja (p=0.010); pengetahuan (p=0.002); dan motivasi (p=0.05) dengan penerapan SSC

D. Kerangka Teori

Adapun Kerangka Teori dalam Penelitian ini terdiri dari beberapa konsep yang diuraikan sesuai dengan skema 2.2 sebagai berikut:

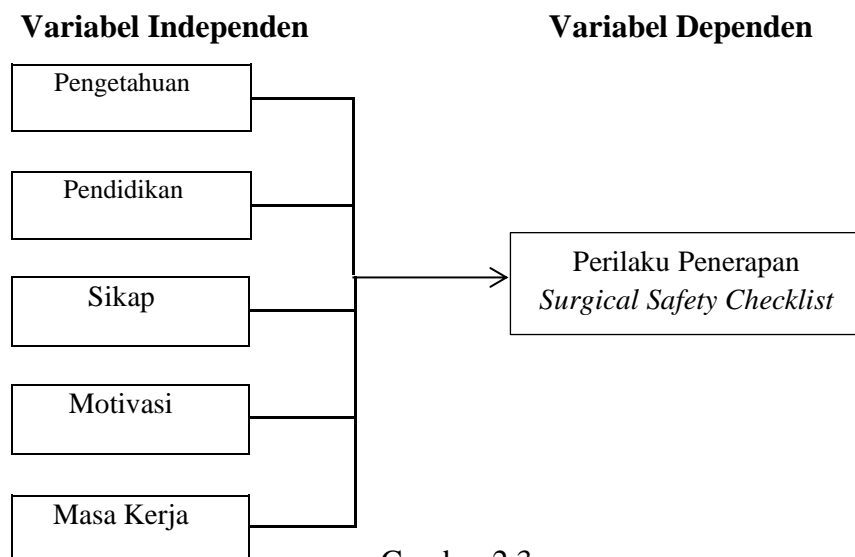


Gambar 2.2

Sumber: Lawrence Green Dalam Notoatmodjo., (2018)

E. Kerangka Konsep

Kerangka merupakan abstraksi yang berbentuk oleh generalisasi dari hal yang khusus (Notoatmodjo, 2018). Adapun kerangka konsep penelitian ini:



Gambar 2.3
Kerangka Konsep

F. Hipotesis

Adapun Hipotesis dalam Penelitian ini terdiri dari beberapa konsep yang diuraikan sesuai dengan gambar 2.3 sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* di IBS RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023.
2. Ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku perawat dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* di IBS RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023.
3. Ada hubungan antara sikap dengan perilaku perawat dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* di IBS RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023.
4. Ada hubungan antara motivasi dengan perilaku perawat dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* di IBS RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023.
5. Ada hubungan antara masa kerja dengan perilaku perawat dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* di IBS RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023.

