

TESIS

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN
PENERAPAN SURGICAL SAFETY CHECKLIST
DI INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS)
RSUD TENRIAWARU BONE**

*THE FACTORS THAT INFLUENCE COMPLIANCE WITH APPLICATION OF
SURGICAL SAFETY CHECKLIST IN CENTRAL OPERATION
INSTALLATION TENRIAWARU HOSPITAL BONE*

EDY TAHIR S



**SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2018



Optimization Software:
www.balesio.com

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN
PENERAPAN SURGICAL SAFETY CHECKLIST
DI INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS)
RSUD TENRIAWARU BONE**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

EDY TAHIR S

Kepada

**SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2018



TESIS

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN PENERAPAN SURGICAL SAFETY CHEKLIST DI INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS) RSUD TENRIAWARU BONE

Disusun dan diajukan oleh

EDY TAHIR S

Nomor Pokok P1806215028

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 2 Januari 2019
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,

DR. dr. Hj. A. Indahwaty Sidin, MHSM
Ketua

Dr. Ida Leida Maria, SKM, MKM, MScPH
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat,

haha, M.Sc

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,

Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed.



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Edy Tahir S

Nomor mahasiswa : P1806215028

Program studi : Ilmu Manajemen Rumah Sakit

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain, Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya menerima sanksi atas perubahan tersebut.

Makassar, 20 November 2018

Yang menyatakan

Edy Tahir S



PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “ Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Penerapan Surgical Safety Checklist Di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Tenriawaru Bone”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis dengan penuh rasa hormat dan ketulusan hati menghaturkan terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orangtua tercinta, Ibunda Nurhayati dan Ayahanda Muh. Tahir Dg. Sikki (Alm) dan Istri tercinta Ns. Kasmawati yang telah dengan sabar memberikan dukungan moril kepada penulis, saudara-saudari tercinta, Muh. Erwin Sikki dan Sri Rahayu Sikki serta keluarga besar atas segala dukungan, doa, kesabaran, pengorbanan dan semangat yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Tidak lupa penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih dalam-dalamnya kepada Ibu Dr.dr.Hj.A.Indahwaty Sidin, MHSM Pembimbing I dan Ibu Dr.Ida Leida Maria,SKM.,M.KM.,M.Sc.PH



selaku pembimbing II, yang penuh kesabaran meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk yang sangat berguna dalam penyusunan tesis ini.

Selain itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Palubuhu, MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, MSc, selaku Direktur Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Dr. Ridwan Mochtar Thaha, M.Sc., selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
5. Bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS selaku Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit Sekaligus sebagai Dewan Penguji yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian penelitian ini.
6. Ibu Dr.Fridawaty Rivai, SKM.,MPH. Selaku Sekretaris Departemen Manajemen Rumah Sakit sekaligus sebagai Dewan Penguji yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian penelitian ini.
7. Ibu Dr. Harlina, SKM.,MPH. Selaku Dewan Penguji yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian penelitian ini.
8. Ibu dr.Hj. Nurminah A. Yusuf, MARS selaku Direktur RSUD Tenriawaru Bone sekaligus atasan langsung yang telah memberikan kesempatan Ijin Belajar kepada penulis.
9. Seluruh dosen dan staf Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan bimbingan, masi, masukan dan pengetahuan.



10. Seluruh staf Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Tenriawaru Bone, atas bantuan dan kerjasamanya selama proses penelitian.
11. Teman-teman seperjuangan MARS mate, mahasiswa Manajemen Rumah Sakit angkatan 16 yang tanpa hentinya memberikan semangat yang luar biasa.
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, semua saran dan kritik akan diterima dengan segala kerendahan hati. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak.

Makassar, Desember 2018

EDY TAHIR S



ABSTRACT

EDY TAHIR S. *The Factors That Influence Compliance With Application Of Surgical Safety Checklist In Instalation Operation Central Tenriawaru Hospital Bone* (Supervised by **Indahwaty Sidin** and **Ida Leida Maria**).

The application of Surgical Safety Checklist is one of the factors that can help the operating team in reducing and preventing various patient safety problems. This study aims to determine the effect of knowledge, perception, communication, and patient safety culture in the Central Surgical Installation of Tenriawaru Hospital Bone.

This study uses an analytic design with cross sectional study approach. This study used secondary data that were recorded by the hospital medical record while the primary data. Sample in the study were 40 officers in the Central Surgery Installation consisting of 3 Surgeons, 3 Doctors Obgyn, 2 ENT Doctors, 1 Ophthalmologist, 1 Anesthesiologist, 1 Orthopedic Doctor, 26 nurses, and 3 anesthetists. Sample were chosen used Total Sampling techniques. Data were analyzed statistically used the chi-square test to understand the effect of patient safety knowledge, perception, and patient safety culture in the Central Surgical Installation of Tenriawaru Hospital Bone.

The results showed that through the Chi-Square test results were obtained, between knowledge variables with values ($p = 0.008$) $\alpha = <0.05$ communication with values ($p = 0.006$) $\alpha = <0.05$ perceptions ($p = 0.037$) $\alpha = <0,05$ and patient culture safety culture ($p = 0,014$) $\alpha = <0,05$ on the application of Surgical Safety Checklist which means that there was a significant influence between variables. Meanwhile, multivariate analysis using the logistic regression test of the backward communication method obtained a value ($p = 0.002$) which showed that communication was the most dominant variable towards the application of the Surgical Safety Checklist in the Central Surgical Installation of Tenriawaru Hospital Bone. It was concluded that communication between the surgical team was very influential in the implementation of surgical safety cheklist that can improve alertness team to prevent the occurrence of complications of pre, intra and post surgery thus lowering the incident patient safety in the operating room.

Keywords: Communication, Surgical Safety Checklist, Perception, Knowledge, Patient Safety Culture



ABSTRAK

EDY TAHIR S. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Penerapan Surgical Safety Checklist Di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Tenriawaru Bone* (dibimbing oleh Indahwaty Sidin dan Ida Leida Maria).

Penerapan *Surgical Safety Checklist* merupakan salah satu faktor yang dapat membantu tim operasi dalam mengurangi dan mencegah berbagai masalah keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh pengetahuan, persepsi, komunikasi, dan budaya patient safety di Instalasi bedah Sentral Rumah Sakit Tenriawaru Bone.

Penelitian ini menggunakan desain analitik dengan pendekatan studi *cross sectional*. Pada penelitian ini menggunakan data sekunder yang tercatat rekam medic Rumah Sakit sedangkan data primer. Sampel sebanyak 40 petugas di Instalasi Bedah Sentral yang terdiri dari 3 Dokter Bedah, 3 Dokter Obgyn, 2 Dokter THT, 1 Dokter Mata, 1 Dokter Anastesi, 1 Dokter Ortopedi, 26 Perawat, dan 3 orang Penata anastesi. Sampel dipilih menggunakan teknik *Total Sampling*. Data dianalisis secara statistik dengan menggunakan uji *chi-square* untuk melihat pengaruh Pengetahuan, persepsi, dan budaya patient safety di Instalasi bedah Sentral Rumah Sakit Tenriawaru Bone.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa melalui uji *Chi-Square* diperoleh hasil, antara variabel pengetahuan dengan nilai ($p=0,008$) $\alpha<0,05$ komunikasi dengan nilai ($p=0,006$) $\alpha<0,05$ persepsi ($p=0,037$) $\alpha<0,05$ dan budaya pasien budaya safety ($p=0,014$) $\alpha<0,05$ terhadap penerapan *Surgical Safety Checklist* yang berarti terdapat pengaruh yang signifikan antar variabel. Sedangkan, Analisis multivariate dengan menggunakan uji Regresi logistic metode *backward* komunikasi memperoleh nilai ($p=0,002$) yang menunjukkan bahwa komunikasi merupakan variabel yang paling dominan terhadap penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Tenriawaru Bone. Disimpulkan bahwa komunikasi antar tim bedah sangat berpengaruh dalam penerapan sugical safety cheklist yang dapat meningkatkan kewaspadaan tim untuk mencegah terjadinya komplikasi pre, intra dan pasca pembedahan sehingga menurunkan kejadian insiden keselamatan pasien di kamar operasi.

Kata kunci: Komunikasi, Surgical Safety Checklist, Persepsi, Pengetahuan, Budaya Pasien Sehat



DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
DAFTAR SINGKATAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Kajian Masalah	5
C. Rumusan Masalah	9
D. Tujuan Penelitian	9
E. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Tinjauan Pustaka Tentang Surgical Safety Checklist	13
B. Tinjauan Pustaka Tentang Pengetahuan	20
C. Tinjauan Pustaka Tentang Komunikasi	25
D. Tinjauan Pustaka Tentang Persepsi Petugas	32
E. Tinjauan Pustaka Tentang Budaya Pasien Safety	38
F. Penelitian Terdahulu	62
G. Mapping Teori	65
H. Kerangka Teori	66
I. Kerangka Konsep	67
Hipotesis	68
Definisi Operasional	69



BAB III METODELOGI PENELITIAN	72
A. Rancangan Penelitian	72
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	72
C. Populasi dan Sampel	73
D. Instrument Pengumpulan Data.....	76
E. Pengolahan dan Analisis Data	80
F. Etika Penelitian	83
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	85
A. Gambaran Lokasi Penelitian	85
B. Hasil penelitian.....	87
C. Pembahasan.....	113
D. Keterbatasan Penelitian	128
BAB V PENUTUP	129
A. Kesimpulan	129
B. Saran	131
DAFTAR PUSTAKA.....	133



DAFTAR TABEL

nomor		halaman
1.	Penelitian Terdahulu	62
2.	Mapping Teori	65
3.	Definisi Operasional	69
4.	Sampel Penelitian	75
5.	Distribusi Karakteristik Umum Responden	88
6.	Distribusi Pengetahuan, Komunikasi, Persepsi dan Budaya <i>Patient Safety</i> di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriwaru Bone Tahun 2017	90
7.	Distribusi Jawaban Responden Variabel Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklis</i> Berdasarkan Pertanyaan Koesioner	93
8.	Distribusi Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriwaru Bone Tahun 2017	97
9.	Distribusi Jawaban Responden Variabel Pengetahuan Berdasarkan Pertanyaan Koesioner	98
10..	Distribusi Pengetahuan terhadap Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriwaru Bone Tahun 2017	99
11.	Distribusi Jawaban Responden Variabel Komunikasi Berdasarkan Pertanyaan Koesioner	101
12.	Distribusi Komunikasi terhadap Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriwaru Bone Tahun 2017	103
13.	Distribusi Jawaban Responden Variabel Persepsi Berdasarkan Pertanyaan Koesioner	105
14.	Distribusi Persepsi terhadap Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriwaru Bone Tahun 2017	106
	Distribusi Jawaban Responden Variabel Persepsi Berdasarkan Pertanyaan Koesioner	105



16.	Distribusi Persepsi terhadap Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriwaru Bone Tahun 2017	106
17.	Distribusi Jawaban Responden Variabel Budaya patient Safety Berdasarkan Pertanyaan Koesioner	108
18.	Distribusi Budaya <i>Patient Safety</i> terhadap Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriwaru Bone Tahun 2017	110
19.	Analisis Multivariat Pengaruh Pengetahuan, Komunikasi, Persepsi dan Budaya <i>Patient Safety</i> terhadap Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriwaru Bone Tahun 2017	112



DAFTAR GAMBAR

nomor	halaman
1. Kajian Masalah Penelitian	9
2. Surgical Safety Checklist	15
3. Proses Komunikasi	27
4. Pembentukan Persepsi	36
5. Pendekatan Kualitas	40
6. Kerangka Teori	66
7. Kerangka Konsep	67



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 2	Lembar Permintaan Menjadi Responden
Lampiran 3	Lembar Koesioner Penelitian
Lampiran 4	Output Hasil Uji validasi dan Reabilitas
Lampiran 5	Output Hasil Analisis Penelitian
Lampiran 6	Surat Permohonan Data Awal
Lampiran 7	Surat Permohonan Persetujuan Etik
Lampiran 8	Surat Rekomendasi Persetujuan Etik
Lampiran 9	Surat Izin Penelitian
Lampiran 10	Surat Keterangan Penelitian



DAFTAR SINGKATAN

ACS	<i>American Collage of Surgeon</i>
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Preventions</i>
IBS	Instalasi Bedah Sentral
ILO	Infeksi Luka Operasi
KKP-RS	Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KNC	Kejadian Nyaris Cedera
KTD	Kejadian tidak Diharpakan
KARS	Komite Akreditasi Rumah Sakit
NSQIP	<i>National Surgical Quality Improvement Program</i>
SOP	Standart Prosedur Operasional
SAQ	<i>survey safety attitudes Qustioner</i>
SSC	Surgical Safety Checklist
WHO	<i>World Health Organization</i>



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah sakit merupakan Institusi yang kompleks. Kumpulan dari berbagai bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh berbagai profesi yang berbeda. Menurut menjelaskan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu.

Menurut Institute of Medicine (2001), Pelayanan rumah sakit yang bermutu merupakan suatu hal yang diharapkan oleh setiap individu yang bersentuhan dengan pelayanan kesehatan. Ada enam dimensi dalam mutu pelayanan kesehatan yaitu keselamatan pasien (*safety*), efisiensi (*efficient*), efektif (*efektive*), tepat waktu (*timeless*), berorientasi pada pasien (*patient centered*) dan keadilan (*equity*). Enam dimensi ini harus mampu dijalankan agar memperoleh pelayanan yang berkualitas.

Pelayanan rumah sakit juga harus mampu memberikan pelayanan yang dapat melindungi pasien dan menjaga keselamatan pasien dari kejadian yang tidak diinginkan.



Menurut Herawaty Idris (2017), Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan yang serius. Berbagai studi melaporkan masalah ketidakamanan dalam sistem pelayanan kesehatan di berbagai Negara. Dampak yang ditimbulkanpun beragam mulai dari kesakitan ringan, kecacatan, kematian hingga berdampak pada kualitas pelayanan. Menurut Hipocrates dalam kalimat yang diucapkan *Primum, non nocere (First do no harm)* yang menjelaskan tentang keselamatan pasien merupakan hal yang utama dan selalu di prioritaskan

Laporan dari Institute of Medicine (2001), di Amerika Serikat tepatnya di rumah sakit Utah dan Colorado ditemukan KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) /(*Adverse Event*) sebesar 2,9%, dimana 6,6% diantaranya meninggal, sedangkan di New York di temukan KTD sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6%. Publikasi WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian di rumah sakit di berbagai negara diantaranya Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6%. Dengan data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan sistem keselamatan pasien.

Sedangkan, di Indonesia Tahun 2007 melalui Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), melaporkan bahwa insiden atanan pasien sebanyak 145 Insiden. DKI Jakarta merupakan yang menempati urutan tertinggi yaitu 37,9%, Jawa tengah 15,9 ogyakarta yaitu 13,8 %, Jawa Timur 11,7 %, Sumatera selatan



yaitu 6,9%, Jawa Barat yaitu 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69%, dan Aceh 0,68%, data lain mengenai insiden keselamatan pasien di Indonesia menunjukkan bahwa kejadian Nyaris Cedera (KNC) lebih banyak dilaporkan dari pada Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), pelaporan kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebesar 47,6% sedangkan kejadian tidak diinginkan (KTD) sebesar 46,2 persen (KKP-RS, 2007).

Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit tidak terbatas pada unit tertentu, namun dapat terjadi di berbagai unit/ Instalasi termasuk Keselamatan pasien di Instalasi bedah dan UGD. Instalasi bedah merupakan bagian yang sering menimbulkan kejadian yang tidak diharapkan. *World health organizing* (WHO) memperkirakan 50% komplikasi dan kematian akibat pembedahan dapat dicegah di Negara berkembang. Untuk itu, WHO mengembangkan *Surgical Safety Checklist* (SSC) sebagai upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien, mengurangi angka kematian dan kecacatan (Hasri et al., 2012)

Namun, Rendahnya pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) di kamar bedah menunjukkan masih rendahnya kesadaran petugas dalam keselamatan pasien. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 17 tahun 2017 tentang keselamatan pasien dan Komite Akreditasi Rumah Sakit (Kars) menuntut pelaksanaan *Surgery Shecklist* di kamar operasi harus 100% untuk mengeliminasi yang mengkhawatirkan dan kemungkinan kekeliruan diselesaikan tindakan operasi dimana pelaksanaan *Surgery Safety Checklist*



dilakukan pada semua item yang telah ditentukan. Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dalam pemberian pelayanan dan merupakan komponen sangat penting dalam manajemen pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Dari hasil studi pendahuluan berupa wawancara dengan kepala ruangan Kamar operasi RSUD Tenriawaru Bone pada 29 Oktober tahun 2017 menjelaskan tentang pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* masih belum terlaksana 100%. Terbukti juga dengan data penerapan *Surgical Safety Checklist* pada tahun 2017 dari bulan Januari-September terdapat 1.884 jumlah operasi diantaranya hanya sekitar 1036 (55% operasi, yang menerapkan *Surgical Safety Checklist* dan sisanya 848 (45%) operasi yang tidak menerapkan *Surgical Safety Checklist*. Terakhir pada tahun 2016 terdapat 2 kasus Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan 1 Insiden kejadian tidak diharapkan (KTD) tepatnya di kamar operasi (Medical Record).

Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist*) di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Tenriawaru Bone”



B. Kajian Masalah

Pembedahan merupakan tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan dan salah satu tindakan yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa. Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa selama lebih dari satu abad perawatan bedah telah menjadi komponen paling penting dari perawatan kesehatan di seluruh dunia. Diperkirakan bahwa setiap tahun ada 230 juta operasi utama dilakukan diseluruh dunia.

Pelayanan bedah merupakan pelayanan di rumah sakit yang sering menimbulkan cedera medis dan komplikasi. Menurut (Irmawati and Anggorowati, 2017), komunikasi merupakan faktor yang sangat berpengaruh dalam meningkatkan keselamatan pasien, karena melalui komunikasi yang berjalan efektif, akan menghindarkan kesalahpahaman antar tim yang dapat menyebabkan *medical error*. *Surgical Safety Checklist* merupakan alat komunikasi yang diterapkan di bagian bedah dan anastesi untuk meningkatkan kualitas dan menurunkan angka kematian dan komplikasi akibat pembedahan. Tindakan pembedahan memerlukan persamaan persepsi antara ahli bedah, anastesi, dan

Surgical Safety Checklist sebagai instrument untuk



meningkatkan kualitas keamanan yang berisi 24 jenis yang harus dilakukan dalam tiga tahap (Hasri et al., 2012).

Menurut Carvalho et al. (2015), menyebutkan bahwa Lingkungan kerja, Keamanan, gambaran kerja, stress, gambaran kerja, management rumah sakit dan kondisi pekerjaan merupakan faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien. sedangkan menurut Cabral et al. (2016), menjelaskan bahwa komunikasi, kerjasama, dan kondisi kerja yang menjadi faktor terpenting dalam keselamatan pasien terhadap pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*.

Faktor persepsi staff, Faktor Penyesuaian Alur kerja, faktor proses pelaksanaan seperti pendidikan dan pelatihan, faktor konteks local seperti kepemimpinan, kebiasaan dan komunikasi serta faktor Item dari konten Checklist merupakan hal yang mendorong keamanan dan keselamatan pasien di kamar operasi (Bergs et al., 2015).

Item yang termasuk dalam *Surgical safety checklist* (SSC) ditujukan untuk mencegah kesalahan yang jarang terjadi namun serius dengan mengingatkan tim untuk mengkonfirmasi identitas pasien, lokasi operasi, dan karakteristik penting lainnya seperti kondisi komorbid atau komplikasi yang perlu diantisipasi sebelum operasi, pada saat operasi dan setelah operasi (Gillespie and Marshall, 2015).



Hasil penelitian di beberapa rumah sakit di Inggris mengemukakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan *Surgical Safety*

Cheklis (SSC) adalah faktor organisasi (pendekatan pelaksanaan dan budaya perubahan), sistem (pemborosan waktu dan pengulangan), tim (resistensi dan ketidakpatuhan beberapa staf) dan *tools-spesific* / SSC itu sendiri (masalah desain isi dan struktur yang tidak relevan, tidak dapat diberlakukan untuk semua jenis operasi, waktu pelaksanaan yang tidak sesuai) (Russ et al., 2015a).

Berdasarkan penelitian di RS St. Vincentius Surabaya beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan Surgical Safety Cheklis adalah belum adanya kebijakan sasaran keselamatan pasien, kurangnya sosialisasi Standart Prosedur Operasional (SOP) untuk dokter dan perawat, kurangnya pengetahuan tentang Surgical Safety Cheklis, kurangnya kesadaran pentingnya Surgical Safety Cheklis, jumlah SDM yang kurang dan merasa pengisian Surgical Safety Cheklis sebagai beban kerja (Sandrawati et al., 2013).

Dalam pelayanan anestesi bedah di RSUD Tenriawaru Bone telah menerapkan penggunaan *surgical safety cheklis* (SSC) namun pelaksanaannya belum maksimal, hal ini belum sepenuhnya pasien yang menjalani operasi dilakukan sesuai dengan petunjuk penggunaan *surgical safety cheklis* (SSC). Di RSUD Tenriawaru Bone pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien (IKP) belum maksimal namun pemantauan

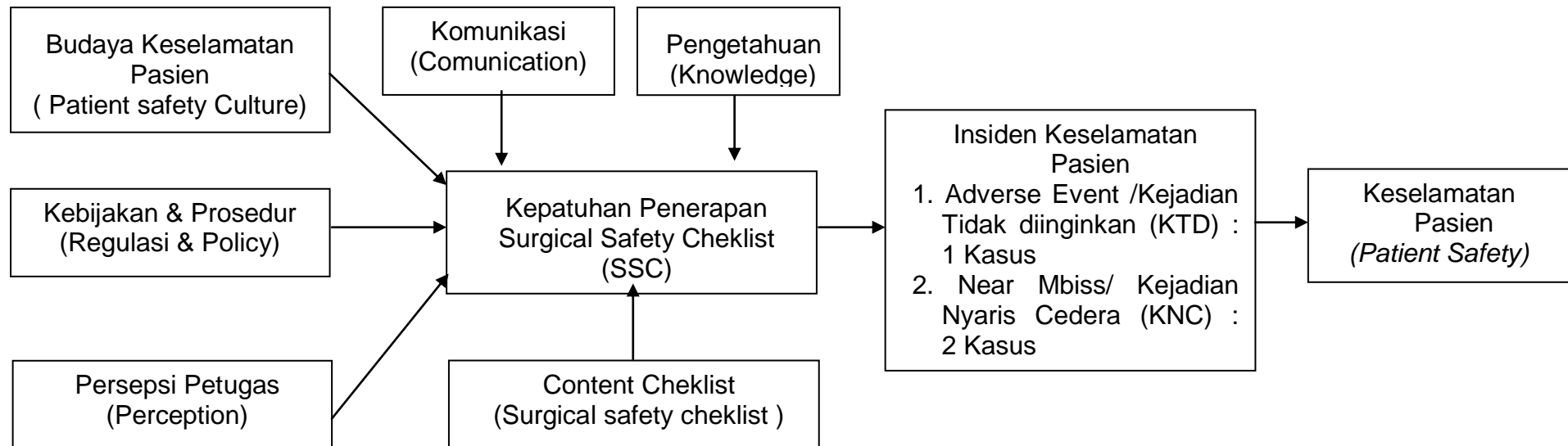
penulis bertugas di tempat tersebut sepanjang tahun 2016 ada 2 kejadian KNC (Kejadian Nyaris Cedera) dan 1 insiden kejadian arapkan (KTD)/ Adverse Event di kamar operasi.



Selain itu, Hasil wawancara dari tiga orang perawat yang bertugas pada ruangan Instalasi bedah sentral mengatakan melaksanakan surgery safety checklist tetapi tidak rutin, dan dua orang mengatakan kurang paham dengan SPO surgery safety checklist, satu orang mengatakan mengetahui tapi belum sepenuhnya memahami dan menghapalnya.

Semua personil mengatakan bahwa sosialisasi Standart Prosedur Operasional *Surgery Safety Checklist* belum maksimal, dua orang perawat mengatakan kurangnya perhatian dan pengawasan dari kepala ruangan apabila dilaksanakan maupun tidak dilaksanakan sama saja dan tidak ada konsekuensi maupun kompensasi yang diberikan. Selain itu hasil observasi data yang diberikan ternyata masih didapati poin pada blangko *Surgical Safety checklist* yang tidak terisi, yang berarti Kepatuhan penerapan surgery safety checklist di Instalasi Bedah Sentral di RSUD Tenriawaru masih kurang.





(Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015), (S. Russ et al., 2013), (Carvalho, Göttems, Pires, & Oliveira, 2015), (Haynes et al., 2011), (Jeong, 2015), (S. J. Russ et al., 2015),

Gambar 1. Kajian Masalah Penelitian



C. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Tenriawaru Bone?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Tenriawaru Bone

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh Pengetahuan terhadap Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Tenriawaru Bone
- b. Untuk mengetahui pengaruh Persepsi terhadap Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Tenriawaru Bone



- c. Untuk mengetahui pengaruh Komunikasi terhadap Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Tenriawaru Bone
- d. Untuk mengetahui pengaruh Budaya *Patient Safety* terhadap Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Tenriawaru Bone
- e. Untuk mengetahui variabel yang paling berpengaruh antara pengetahuan, komunikasi, persepsi, dan budaya patient safety terhadap Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Tenriawaru Bone

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi RSUD Tenriawaru Bone dalam merumuskan rencana kegiatan dalam upaya meningkatkan kinerja dan mutu pelayanan khususnya Kepatuhan penerapan *Surgical Safety Checklist*.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai rujukan referensi dan bahan acuan untuk penelitian selanjutnya khusus an Penerapan *Surgical Safety Checklist*.



3. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman peneliti dan mengaplikasikan hasil penelitian khususnya berkaitan dengan Kepatuhan penerapan *Surgical Safety Checklist* (SSC) di kamar operasi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka Tentang Surgical Safety Checklist

1. Pengertian *Surgical Safety Checklist*

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

World Health Organization (WHO) menyusun *Surgical Safety Checklist* untuk membantu tim operasi dalam mengurangi angka kejadian tidak di harapkan (KTD), dimana sebelumnya telah berkonsultasi dengan para ahli bedah, dokter anastesi, dan perawat untuk mengidentifikasi hal-hal penting dalam tindakan keselamatan operasi. Tujuan program ini untuk mengatasi isu-isu keselamatan pasien termasuk tidak memadainya

atan pasien dalam tindakan anastesi, menghindari infeksi nial, meningkatkan komunikasi saat operasi diantara anggota tim.



Tim operasi harus berlatih menggunakan *checklist*, dan mengintegrasikannya ke dalam alur kerja di ruang operasi. Studi WHO “*Safe Surgery Saves Lives*” juga menjelaskan hasil studi uji coba *checklist* di delapan rumah sakit di enam negara WHO dengan 3733 pasien sebelum implementasi dan 3955 pasien setelah implementasi. Setelah uji coba implementasi *checklist*, kematian akibat operasi menurun 47% dan komplikasi berkurang 36% (WHO, 2009)

Surgical Safety Checklist merupakan alat komunikasi, mendorong teamwork untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi untuk meningkatkan kualitas dan menurunkan kemoortan serta komplikasi akibat pembedahan, dan memerlukan persamaan persepsi antara ahli bedah, anestesi dan perawat (Anne E. Pugel, 2015).

Tujuan dari *checklist* ini dalam prakteknya juga untuk memperkuat/membina kerjasama dan komunikasi yang lebih baik diantara tim operasi, membantu memastikan setiap langkah yang ada di *checklist* telah dijalankan secara konsisten sehingga meminimalkan dan menghindari resiko cedera terhadap pasien. *Checklist* memberikan panduan dengan cara melakukan interaksi secara lisan (komunikasi) kepada seluruh tim untuk mengkonfirmasi apakah standar pelayanan sudah sesuai untuk setiap pasien yang akan dioperasi jika *surgical safety*

... dilaksanakan secara konsisten akan menurunkan angka ... dari 1,5% menjadi 0,8% dan menurunkan angka komplikasi yang ... dari 11% menjadi 7%. Tujuan utama dari *surgical safety checklist*



untuk menurunkan kejadian tidak diinginkan di kamar operasi (Divino et al., 2018)

2. Strategi *Surgical Safety Checklist*

Pentingnya satu orang koordinator untuk memimpin *checklist* merupakan suatu keberhasilan dalam melaksanakan setiap tahapan yang ada di *checklist*. Dalam pelaksanaan suatu operasi mungkin saja terjadi suatu kesalahan baik dalam perispan praoperasi, intraoperasi, atau pascaoperasi. Koordinator *checklist* di setiap tahapan harus mengkonfirmasi apakah setiap tahapannya sudah dilaksanakan sebelum melanjutkan tahapan berikutnya. Semua langkah harus tepat dilaksanakan oleh anggota tim dan diperiksa secara lisan untuk memastikan bahwa tindakan-tindakan utama telah dilakukan.

Koordinator *checklist* sebelum induksi anastesi akan memastikan secara lisan kepada pasien, dokter anastesi dan ahli bedah mengenai identitas pasien, *informed consent*, prosedur operasi yang akan dilakukan serta sisi yang akan dioperasi. Jika perlu koordinator akan menandai sisi yang akan dioperasi dan menanyakan kepada dokter anastesi mengenai resiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi, dan mesin anastesi apakah berfungsi dengan baik atau tidak, serta ketersediaan dan

apan obat anastesi. Sebaiknya ahli bedah dalam tahapan ini hadir menjelaskan dan memberikan masukan kepada tim mengenai



kemungkinan kehilangan darah selama operasi, riwayat alergi, ataupun faktor-faktor yang mempersulit jalannya operasi.

3. Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*

Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* memerlukan seorang koordinator untuk bertanggung jawab untuk memeriksa *checklist*. Koordinator biasanya seorang perawat atau dokter atau profesional kesehatan lainnya yang terlibat dalam operasi. *Surgical Safety Checklist* 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*). Pada setiap fase, koordinator *checklist* harus diizinkan untuk mengkonfirmasi bahwa tim telah menyelesaikan tugasnya sebelum melakukan kegiatan lebih lanjut. Tiga fase operasi tersebut seperti pada gambar ini:



World Health Organization SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)		
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
SIGN IN <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED <ul style="list-style-type: none"> • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT <input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED <input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING DOES PATIENT HAVE A: <ul style="list-style-type: none"> KNOWN ALLERGY? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED 	TIME OUT <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM <ul style="list-style-type: none"> • PATIENT • SITE • PROCEDURE ANTICIPATED CRITICAL EVENTS <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS? <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS? <input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS? HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE 	SIGN OUT <ul style="list-style-type: none"> NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED <input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE) <input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME) <input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT

Gambar 3 *Surgical Safety Checklist* (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 profesional anestesi mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi.

b. Fase *Time Out*

Fase time out adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan 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 dalam 60 menit sebelumnya.

c. Fase *sign out*

Fase sign out adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spons, 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.

4. *Adverse Event* Pembedahan

Kejadian Tidak diharapkan atau *adverse event* adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Kejadian tidak diharapkan diruang operasi bisa meliputi kejadian operasi salah sisi, kejadian operasi salah orang, kejadian salah tindakan, tertinggalnya kassa, komplikasi anastesi karena over

an reaksi anastesi.



Menurut *National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)* *postoperative adverse event* suatu kejadian yang timbul setelah operasi sampai 30 hari setelah operasi. *Post operative adverse event* seperti Infeksi Luka Operasi (ILO), penggunaan ventilator lebih dari 24 jam, pasien dioperasi ulang tanpa terencana perdarahan yang memerlukan transfusi 4 unit darah atau lebih dalam 72 jam setelah operasi, dan kematian.

Menurut (Rosenstein and Alan, 2008), Jenis-jenis *Adverse Event* Pascaoperasi terdiri dari:

a. Infeksi Luka Operasi (ILO)

Infeksi Luka Operasi (ILO) Menurut *Centers for Disease Control and Preventions (CDC)* didefinisikan sebagai suatu infeksi yang terjadi pada luka operasi dalam waktu 30 hari setelah pembedahan.

b. Penggunaan ventilator lebih dari 48 jam

Penggunaan ventilator lebih dari 48 jam berhubungan dengan *Ventilator Associated Pneumonia (VAP)* adalah pneumonia yang didapat di rumah sakit yang terjadi pada pasien yang menggunakan ventilasi mekanis melalui pipa *endotrakeal* atau *trakeostomi* selama kurang dari 48 jam yang menyebabkan tingginya morbiditas dan mortalitas pasien.

Sjamsuhidayat (2005) pada pasien bedah permasalahan pernapasan setelah pembedahan disebabkan oleh ventilasi yang tidak adekuat karena dampak sisa obat anastesi, *obstruksi trakea* atau



bronkus, usia, keadaan paru seperti penyakit *emfisema* dan *bronchitis* kronik, dan aspirasi.

c. Pasien dioperasi Ulang

Menurut *American Collage of Surgeon (ACS)* tidak terencananya pasien kembali ke ruang operasi didefinisikan sebagai pasien setelah operasi (rawat inap atau rawat jalan), kembali ke ruang operasi akibat komplikasi atau hasil yang tidak diinginkan selama 30 hari terkait dengan operasi awal. Penyebab tidak terencananya pasien kembali ke ruang operasi disebabkan oleh perdarahan, infeksi, luka jahitan yang terlepas.

d. Perdarahan yang Memerlukan Transfusi 4 Unit atau Lebih Darah dalam 72 jam Setelah Operasi

Perdarahan merupakan penyulit pada pasien yang menjalani operasi. Pasien yang akan menjalani operasi harus ditentukan terlebih dahulu apakah ada resiko perdarahan. Hal ini penting untuk mencegah timbulnya penyulit baik selama operasi maupun sesudah operasi. Perdarahan setelah pembedahan sering dihubungkan dengan perdarahan terlambat dan terjadi karena masalah jahitan atau kauterisasi pembuluh darah. Perdarahan yang tidak disangka biasanya diketahui dari menurunnya *hematokrit* atau munculnya hematoma.



e. Kematian

Kasus kematian setelah pembedahan berhubungan dengan kondisi penyakit dan keadaan kesehatan sebelum dilakukan tindakan operasi. penetapan *American Society of Anesthesiologists* (ASA) oleh dokter anastesi sebelum dilakukan operasi merupakan faktor predisposisi yang kuat terhadap kematian setelah pembedahan.

B. Tinjauan Pustaka Tentang Pengetahuan

Manusia sebagai ciptaan tuhan yang sempurna. Memiliki rasa ingin tahu yang tinggi dan rasa penasarannya yang besar. Selain itu, rasa ketidakpuasan tentang suatu hal. Sehingga muncul rasa ingin tahu tentang objek tersebut sehingga bertanya mengenai apa (*What*)?

1. Pengertian Pengetahuan

Menurut Martin dan Oxman, pengetahuan adalah kemampuan untuk membentuk model mental yang menggambarkan obyek dengan tepat dan merepresentasikannya dalam aksi yang dilakukan terhadap suatu obyek. Sehingga, pengetahuan tersebut dapat di klasifikasikan menjadi tiga, yaitu Pengetahuan procedural (*procedural knowledge*), lebih menekankan pada bagaimana melakukan sesuatu. pengetahuan

f (*Declaratif knowledge*), menjawab pertanyaan apakah bernilai atau benar dan Pengetahuan tacit (*tacit knowledge*), merupakan



pengetahuan yang tidak dapat diungkapkan dengan bahasa (Kusrini, 2006).

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Efendi and Makfudli (2010) di dalam bukunya, pengetahuan dibagi menjadi enam diantaranya adalah:

a. Tahu (*Know*)

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

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi tersebut harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya mengenai objek yang dipelajari. Contohnya yaitu dapat menjelaskan bahwa manusia harus makan makanan yang bergizi dan seterusnya.



c. Aplikasi (*application*)

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

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*Synthetic*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesa adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Seperti dapat menyusun dan merumuskan teori yang telah ada.

f. Evaluasi

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



tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2010), Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan terdiri dari umur, pendidikan, media massa, pendapatan, lingkungan dan pengalaman seperti berikut ini:

a. Umur

Umur merupakan variabel yang selalu diperhatikan dalam penelitian-penelitian epidemiologi yang merupakan salah satu hal yang mempengaruhi pengetahuan. Umur adalah lamanya hidup seseorang dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Semakin tinggi umur seseorang, maka semakin bertambah pula ilmu atau pengetahuan yang dimiliki karena pengetahuan seseorang diperoleh dari pengalaman sendiri maupun pengalaman yang diperoleh dari orang lain.

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan proses menumbuh kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengetahuan, sehingga dalam pendidikan perlu dipertimbangkan umur (proses perkembangan klien) dan hubungannya dengan proses belajar. Tingkat pendidikan juga merupakan satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang atau lebih dalam menerima ide-ide dan teknologi. Pendidikan meliputi peranan



penting dalam menentukan kualitas manusia. Dengan pendidikan manusia dianggap akan memperoleh pengetahuan implikasinya. Semakin tinggi pendidikan, hidup manusia akan semakin berkualitas karena pendidikan yang tinggi akan membuahkan pengetahuan yang baik yang menjadikan hidup yang berkualitas.

c. Media Massa

Melalui berbagai media massa baik cetak maupun elektronik maka berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa akan memperoleh informasi yang lebih banyak dan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki

d. Pendapatan

Dalam memenuhi kebutuhan primer, maupun sekunder keluarga, status ekonomi yang baik akan lebih mudah tercukupi dibanding orang dengan status ekonomi rendah, semakin tinggi status sosial ekonomi seseorang semakin mudah dalam mendapatkan pengetahuan, sehingga menjadikan hidup lebih berkualitas

e. Lingkungan Sosial

Faktor hubungan sosial mempengaruhi kemampuan individu berkomunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi. Apabila hubungan sosial seseorang dengan individu baik maka pengetahuan yang dimiliki juga akan bertambah.



f. **Pengalaman**

Pengalaman adalah suatu sumber pengetahuan atau suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu. Pengalaman seseorang individu tentang berbagai hal biasanya diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses pengembangan misalnya sering mengikuti organisasi

C. **Tinjauan Pustaka Tentang Komunikasi**

1. **Pengertian Komunikasi**

Komunikasi berasal dari bahasa latin *Communication* yang berarti pemberitahuan atau pertukaran pikiran. Jadi, secara garis besar proses komunikasi haruslah terdapat unsur-unsur kesamaan makna agar terjadi suatu pertukaran pikiran dan pengertian komunikator (Penyebarnya) dan Komunikan (Penerima pesan).

Proses komunikasi dapat diartikan sebagai transfer komunikasi yang bertujuan untuk mencapai saling pengertian antara dua pihak yang saling berinteraksi (Suprpto, 2009).

Adapun beberapa definisi komunikasi menurut ahli dalam Suprpto (2009) yang menjelaskan pengertian sebagai berikut:



Menurut Laswell, yang menjelaskan komunikasi sebagai proses yang menggambarkan siapa mengatakan apa dengan cara apa, kepada siapa dengan efek apa.

Menurut Carl I. Hovland, yang mengartikan komunikasi sebagai proses di mana seseorang individu memberikan stimulant biasanya dengan lambang-lambang bahasa baik verbal maupun non verbal.

Menurut Theodorson dan Theodorson, menjelaskan bahwa komunikasi adalah penyebaran informasi, ide-ide sebagai sikap dan emosi dari seseorang kepada orang lain terutama melalui symbol-simbol.

Sedangkan menurut Edwin Emery, komunikasi adalah seni menyampaikan informasi, ide dan sikap kepada orang lain. berbeda dengan pengertian komunikasi menurut William Albright yang mengartikan komunikasi sebagai proses sosial, dalam arti pelemparan pesan/lambang yang mana mau tidak mau akan menumbuhkan pengaruh pada semua proses dan berakibat pada bentuk perilaku manusia dan adat kebiasaan.

2. Jenis dan Cara Komunikasi

Kebanyakan kejadian komunikasi yang berlangsung hampir semua melibatkan menggunakan komunikasi verbal dan non verbal sehingga tidak bisa saling dipisahkan karena bisa diartikan bahwa verbal verbal bekerja secara bersama-sama dalam menciptakan suatu



makna dalam perilaku komunikasi. Menurut Daryanto (2014) komunikasi di bagi menjadi dua yaitu verbal dan non verbal, diantaranya adalah:

a. Verbal

Komunikasi verbal adalah komunikasi menggunakan bahasa lisan (Daryanto, 2014). Sedangkan menurut Barata (2017) komunikasi verbal adalah komunikasi yang menggunakan lambang bahasa sebagai media.

b. Non Verbal

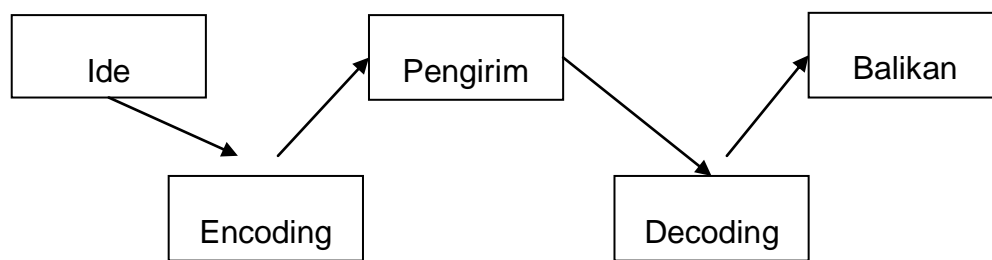
Secara sederhana, komunikasi non verbal dapat didefinisikan sebagai berikut: Non berarti tidak, verbal berarti kata-kata (*Words*), sehingga komunikasi non verbal diartikan sebagai komunikasi tanpa kata. Menggunakan bahasa tulisan ataupun gambar. Menurut Adler dan Rodman dalam bukunya *Understanding Human Communication*, batasan yang sederhana tersebut merupakan langkah awal untuk membedakan apa yang disebut dengan *Vocal Communication* yaitu tindakan komunikasi yang menggunakan mulut dan *verbal Communication* yaitu tindakan komunikasi menggunakan kata-kata.

3. Proses dan unsur-unsur dalam Komunikasi

Setiap interaksi dalam proses komunikasi menurut Suprpto (2009) memiliki elemen-elemen yang saling berhubungan, seperti gambar

ni:





Gambar : Proses Komunikasi Menurut Suprpto

Langkah pertama, ide/ gagasan diciptakan oleh sumber/ komunikator,

Langkah kedua, ide diciptakan tersebut kemudian dialihkan bentuk menjadi lambing-lambang komunikasi,

Langkah ketiga, pesan telah di-encoding tersebut selanjutnya dikirim melalui saluran/ media yang sesuai dengan karakteristik lambing-lambang komunikasi,

Langkah keempat, penerimaan menafsirkan isi pesan sesuai dengan persepsinya untuk mengartikan maksud pesan tersebut,

Kelima, apabila pesan tersebut telah berhasil di decoding, khalayak akan mengirim kembali pesan tersebut ke komunitor.

Dengan demikian, sejak ide itu diciptakan sampai dengan dipahaminya pesan komunikasi yang menimbulkan umpan balik

akan suatu proses komunikasi. Menurut Willbur Schramm,

akan komunikasi paling sedikit memiliki 3 unsur komunikasi, yaitu



komunitor, pesan, dan komunikasi. Sedangkan menurut Harold D Laswell memperkuat unsur tersebut menjadi *Who*, yakni berkenaan dengan siapa yang mengatakan. *Says What*, yakni berkenaan dengan menyatakan apa. *In Which Channel*, yakni berkenaan dengan saluran apa. *Tho Whom*, yakni berkenaan dengan ditujukan kepada siapa, *With What Effect*, yakni berkenaan dengan pengaruh apa. Yang dapat disimpulkan menjadi Komunikator, Pesan, Media, Komunikasi, Pengaruh.

4. Komunikasi dalam Organisasi

Everet M. Rogers dalam bukunya *Communication in Organization*, mendefinisikan organisasi sebagai suatu sistem yang mapan dari mereka yang bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama, melalui jenjang kepangkatan dan pembagian tugas. Sedangkan, Robert Bonnington dalam buku *Modern Business A System Approach*, mendefinisikan organisasi sebagai sarana dimana manajemen mengoordinasikan sumber bahan dan sumber daya manusia melalui pola struktur formal dari tugas-tugas dan wewenang.

Jadi, menurut Wiryanto (2005), komunikasi dalam organisasi dapat didefinisikan sebagai pengiriman dan penerimaan berbagai pesan di dalam kelompok formal maupun informal baik secara verbal maupun non

dari suatu organisasi untuk mencapai kesepakatan bersama (Wiryanto, 2014).



Conrad dalam Tubbs dan Moss (2005) dalam Rhomli (2014), mengidentifikasikan tiga komunikasi dalam organisasi sebagai berikut: Fungsi perintah, Fungsi relasional, fungsi manajemen ambigu.

1. Fungsi perintah berkenaan dengan anggota-anggota organisasi mempunyai hak dan kewajiban membicarakan, menerima, menafsirkan, dan bertindak atas suatu perintah, dengan tujuan dari fungsi perintah adalah koordinasi diantara sejumlah anggota yang bergantung dalam organisasi tersebut.
2. Fungsi relasional berkenaan dengan komunikasi memperbolehkan anggota-anggota menciptakan dan mempertahankan bisnis produktif berhubungan dalam pekerjaan mempengaruhi kinerja pekerjaan dalam berbagai cara.
3. Fungsi manajemen ambigu berkenaan dengan pilihan dalam situasi organisasi sering dibuat dalam keadaan sangat ambigu. Komunikasi adalah alat untuk mengatasi dan mengurangi ketidakjelasan yang melekat dalam organisasi.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi Komunikasi

Banyak hal yang dapat mempengaruhi komunikasi, entah itu komunikasi yang lancar atau terhambat bahkan dapat menimbulkan masalah. Menurut Restika et al. (2016), faktor-faktor tersebut



a. Latar belakang Kebudayaan

Artinya bagaimana seseorang Individu menginterpretasikan suatu pesan berdasarkan latar belakang kebudayaannya. Disini akan terbentuk pola-pola pikir individu melalui antar komunikator dengan komunikan maka komunikasi akan semakin efektif

b. Hubungan dengan kelompok

Artinya Individu cenderung mengidentifikasi diri dengan kelompok tertentu dan cenderung mengembangkan kesetiaan dan menerima norma kelompok tersebut. Nilai-nilai kelompok yang dianut akan sangat mempengaruhi cara mengamati pesan.

c. Harapan

Harapan dari orang-orang yang terlibat komunikasi akan berpengaruh pada penerimaan pesan dan pada akhirnya dia akan menerima suatu komunikasi tidak sesuai dengan harapan maka biasanya penerima pesan akan apatis, cuek atau bahkan memutuskan komunikasi

d. Pendidikan

Pendidikan formal maupun non formal akan mempengaruhi penerimaan pesan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin kompleks sudut pandangnya dalam menyikapi informasi.

seorang anak SD akan lebih sedikit pengetahuannya
 ngkan dengan bidang jika membicarakan mengenai keluarga
 na



e. Situasi

Adalah tempat atau kejadian interaksi komunikasi, akan berpengaruh pada usaha untuk menginterpretasikan pesan, ketakutan, kecemasan akan mempengaruhi cara menyerap pesan. Situasi bila diakibatkan oleh penyampai pesan, lingkungan bahkan dari penerima pesan sendiri. Misalnya orang menyampaikan pesan tidak ramah, maka dapat menimbulkan situasi yang tegang sehingga mengganggu penerimaan pesan yang disampaikan oleh komunikator.

D. Tinjauan Pustaka Tentang Persepsi Petugas

1. Pengertian Persepsi Petugas

Persepsi (*Perception*) adalah proses di mana individu mengatur dan menginterpretasikan kesan-kesan sensoris mereka guna memberikan arti bagi lingkungan mereka. Namun, apa yang diterima seseorang pada dasarnya bisa berbeda dari realita objektif (Robin and Judge, 2008)

Menurut Atkinson dkk, Persepsi adalah proses di mana kita mengorganisasikan dan menafsirkan pola stimulus di dalam lingkungan. Oleh James P Chaplin menjelaskan bahwa persepsi adalah proses mengetahui ataupun mengenal objek-objek atau kejadian yang menggunakan indra dan kesadaran dari suatu proses (Pieter et al., 2011).



2. Bentuk-Bentuk Persepsi

Menurut Pieter et al. (2011), persepsi di bagi menjadi beberapa bentuk seperti persepsi jarak, gerak dan kedalam seperti berikut:

a. Persepsi Jarak

Persepsi jarak sebelumnya merupakan suatu teka-teki yang sulit untuk dipecahkan, karena dianggap memiliki bayangan dua dimensi. Akhirnya ditemukan bahwa stimulus visual memiliki ciri-ciri yang berkaitan dengan istilah isyarat jarak (*distance cues*). Penglihatan dipandang sebagai faktor dengan stimulus yang luas.

b. Persepsi Gerakan

Gibson, dkk dalam Atkinson dkk menjelaskan, bahwa isyarat persepsi gerakan ada di lingkungan sekitar manusia. Kita melihat benda yang bergerak karena benda itu bergerak, sebagian menutupi dan sebagian lagi tidak menutupi *background* (latar belakang) yang tidak bergerak, kita juga melihat benda bergerak saat berubah jarak. Kita melihat hal baru ketika bagian lain hilang dari pandangan. Tidak peduli apakah pandangan mata kita mengikuti benda yang bergerak atau pada latar belakangnya, suatu hal yang menjadi menarik jika meninggalkan isyarat ambigu sehingga kemungkinan persepsi keliru.



c. Persepsi Kedalaman

Persepsi kedalaman dimungkinkan muncul melalui penggunaan isyarat-isyarat fisik, seperti akomodasi, konvergensi dan disparitas selaput jala mata dan isyarat-isyarat yang dipelajari dari perspektif dan udara interposisi atau meletakkan di tengah-tengah, di mana ukuran relative dari objek dalam penjajaran, bayangan, ketinggian tekstur atau susunan

3. Sifat-sifat Persepsi Petugas

Menurut Daryanto (2014) sifat-sifat persepsi dapat dibagi menjadi lima bagian, diantaranya adalah:

a. Pengalaman

Untuk mengartikan makna dari seseorang, objek, atau peristiwa, kita harus memiliki dasar/basis untuk melakukan interpretasi. Dasar ini biasanya kita temukan pada pengalaman masa lalu kita dengan orang lain, objek, atau peristiwa yang menyerupai. Tanpa landasan pengalaman sebagai pembanding tidak mungkin untuk mempersepsikan suatu makna, sebab ini kan membawa kita kepada suatu kebingungan.

b. Selektif

Ketika mempersepsikan sesuatu, kita cenderung memperhatikan hanya bagian-bagian tertentu dari suatu objek atau orang. Dengan kata lain, kita melakukan seleksi hanya pada karakteristik tertentu dari objek tersebut dan mengabaikan yang lain. dalam hal ini biasanya kita



mempersiapkan apa yang kita inginkan dan mengabaikan hal yg relevan atau berlawanan dengan nilai keyakinan tersebut.

c. Penyimpulan

Proses psikologi dari persepsi mencakup penarikan kesimpulan melalui suatu proses induksi secara logis, interpretasi yang dihasilkan melalui persepsi pada dasarnya adalah penyimpulan atas informasi yang tidak lengkap. Dengan kata lain mempersiapkan makna adalah melompat kepada suatu kesimpulan yang tidak sepenuhnya didasarkan pada data yang ditangkap oleh indra kita. Pada sifat ini saling mengisi pada sifat kedua. Pada sifat ini persepsi adalah selektif karena keterbatasan kapasitas otak maka kita dapat mempersiapkan sebagian karakteristik dari objek.

d. Akurat

Setiap persepsi yang kita lakukan akan mengandung kesalahan dengan kadar tertentu. Hal ini disebabkan oleh pengaruh masa lalu, selektivitas, dan penyimpulan. Biasanya ketidakakuratan ini terjadi karena penyimpulan yang terlalu mudah, atau menyamaratakan. Adakalanya persepsi tidak akurat karena orang menganggap sama sesuatu yang sebenarnya hanya mirip.

e. Evaluatif

Persepsi tidak akan pernah objektif, karena melakukan asumsi berdasarkan pengalaman dan merefleksikan sikap, nilai, dan

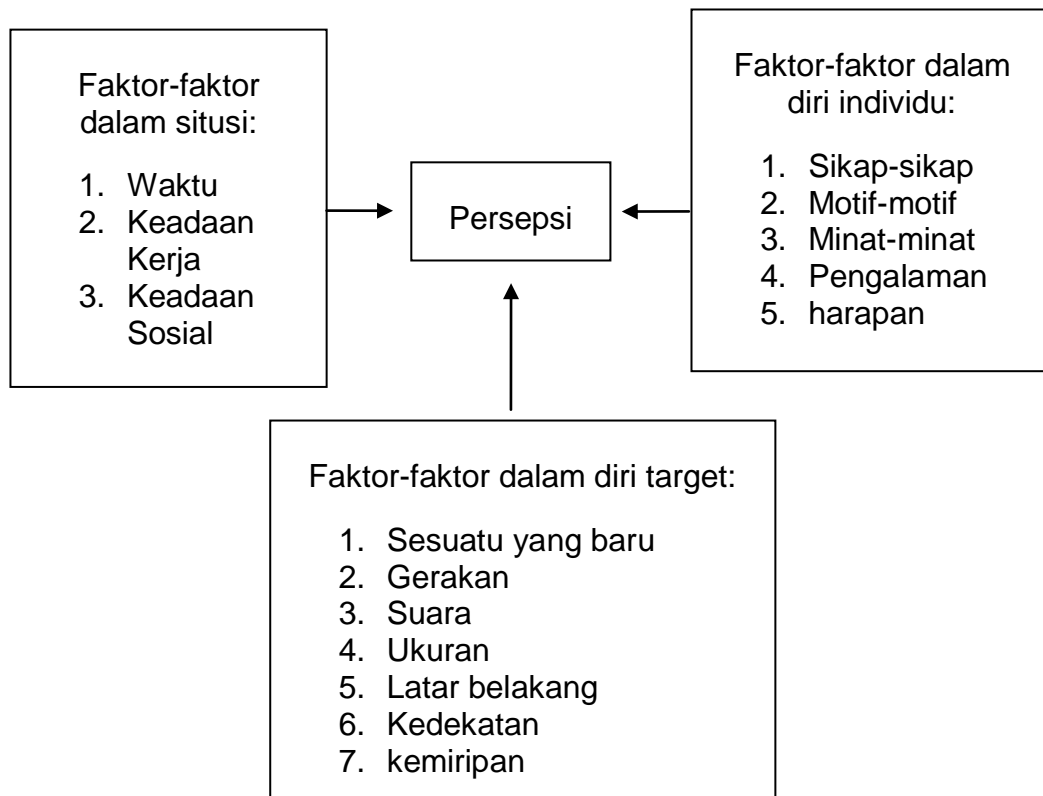


keyakinan pribadi yang digunakan untuk memberi Makna pada objek persepsi. Karena persepsi merupakan proses kognitif psikologis yang ada di dalam diri maka bersifat objektif. Fisher (1987), mengemukakan bahwa persepsi bukan hanya merupakan intra pribadi, tetapi juga sesuatu yang sangat pribadi, dan tidak terhindarkannya keterlibatan pribadi dalam tindak persepsi menyebabkan persepsi sangat subyektif.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi Persepsi Petugas

Individu bisa melihat hal yang sama, namun mengartikannya secara berbeda hal ini disebabkan oleh sejumlah faktor yang bisa saja terletak pada diri individu, target ataupun situasi sebagai pembentuk persepsi, seperti gambar berikut:





Gambar : Pembentuk Persepsi Robin Judge (2008)

Ketika seorang individu melihat sebuah dan berusaha untuk menginterpretasikan apa yang mereka lihat, sangat di pengaruhi oleh berbagai karakteristik pribadi yang meliputi sikap, kepribadian, motif, minat dan pengalaman masa lalu dan harapan-harapn seseorang. Sedangkan Karakteristik target yang diobservasi dapat mempengaruhi persepsi seperti pengelompokan individu yang menarik dan tidak menarik, perempuan dan laki-laki dapat dibedakan dengan jelas berdasarkan ciri-ciri, warna kulit, kemiripan yang lain. Terakhir, konteks melihat berbagai objek atau peristiwa juga penting, dalam mempengaruhi persepsi seperti

lokasi, suhu, atau sejumlah situasional lainnya misalnya ada seorang yang bekerja pada malam hari, kemudian esoknya anda



melihat mereka masuk dalam kelas. Tentu membuat perhatian sehingga persepsi anda berubah meskipun situasinya berbeda (Robin and Judge, 2008).

Menurut Pieter et al. (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi ada empat yaitu:

1. Minat, artinya semakin tinggi minat seseorang terhadap suatu objek atau peristiwa, maka semakin tinggi pula mintanya dalam mempersepsikan sesuatu
2. Kepentingan, artinya semakin dirasa penting terhadap sesuatu objek atau peristiwa bagi diri seseorang, maka semakin peka dia terhadap objek tersebut
3. Kebiasaan, artinya semakin sering dirasakan objek atau peristiwa, maka semakin terbiasa dalam membentuk persepsi
4. Konstansi, artinya adanya kecenderungan seseorang untuk melihat objek atau kejadian secara konstan sekalipun bervariasi dalam bentuk, ukuran, warna, dan kecermerlangan.



E. Tinjauan Pustaka Tentang Budaya Pasien Safety

1. Pengertian Budaya Pasien Safety

Waktu berubah, dan kitapun mengikuti perubahan di dalamnya. Kurang lebih seperti itu pepatah kuno yang mungkin masih di rasakan sampai sekarang. Begitu juga dengan budaya atau kebudayaan (*culture*). Budaya itu sendiri berasal dari disiplin ilmu antropologi. Budaya memiliki pengertian yang kompleks diantaranya Menurut Selo Soemardjan dan Soelaeman Soemardi mengatakan bahwa kebudayaan merupakan semua hasil karya, rasa dan cipta manusia. Sedangkan Koetjaraningrat berpendapat bahwa kebudayaan merupakan keseluruhan sistem gagasan, tindakan, dan hasil karya manusia dalam rangka kehidupan masyarakat yang dimiliki manusia dengan belajar (Sutardi, 2007).

Sedangkan, Keselamatan pasien (*Patient Safety*), secara mendasar diartikan sebagai “*freedom from accidental injury*” oleh *Institute of Medicine*, dan ini sejalan dengan Komite keselamatan pasien Rumah Sakit (KPRS), yang mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera/*harm* yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh *error* yang meliputi kegagalan dalam mencapai tujuan.



Memahami pengertian keselamatan pasien akan lebih mudah jika dengan pemahaman tentang konsep *error* yang menjadi dasar

munculnya konsep keselamatan pasien. Kesalahan medis (*medical error*) didefinisikan sebagai suatu kegagalan intervensi pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan rencana. Kesalahan itu bisa terjadi karena tidak melakukan sesuatu yang harus dilakukan (*error of omission*), atau melakukan sesuatu yang seharusnya tidak dilakukan (*error of commission*). Akibat dari kesalahan tersebut dapat menimbulkan Insiden keselamatan pasien (IKP), dalam berbagai bentuk (Wardani, 2017).

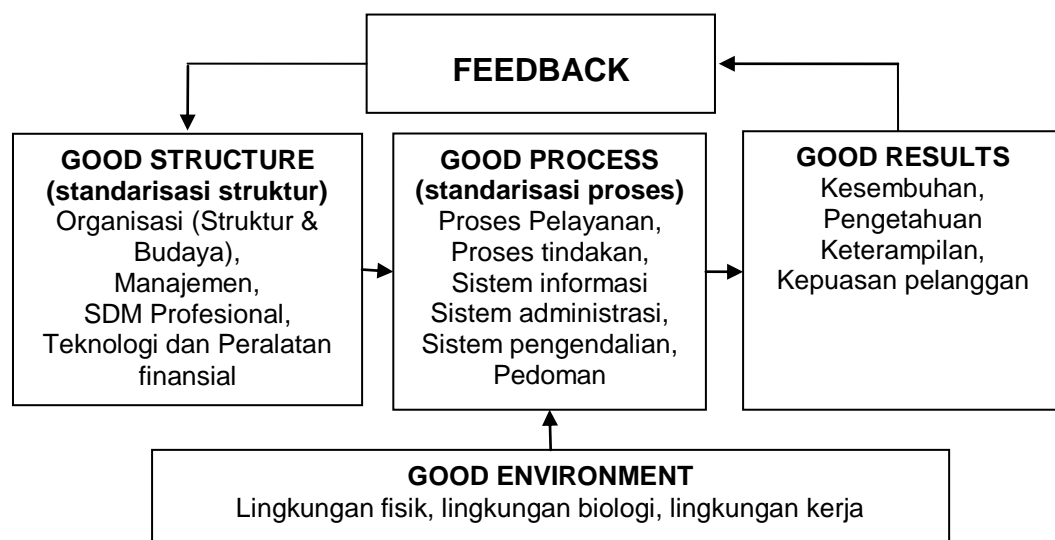
Selain itu, Sistem keselamatan pasien menurut Wardani (2017), bertujuan untuk mengurangi risiko, mencegah terjadinya cedera akibat proses pelayanan pasien, serta tidak terulangnya insiden keselamatan pasien melalui budaya keselamatan pasien (*culture patient safety*).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa Budaya Keselamatan Pasien adalah sistem (tatanan) pelayanan dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman, termasuk didalamnya adalah pelaporan dan analisis insiden yaitu penegakkan kualitas dan keamanan, mengidentifikasi dan mengukur risiko insiden, mengelola risiko terhadap pasien, melakukan komunikasi, komitmen belajar dan menindak lanjuti setiap insiden, menerapkan solusi untuk mencegah dan mengurangi serta meminimalkan risiko (Widajat, 2013).

Menurut Dr. Avedis Donabedian (1988), mengenai kualitas sistem an dapat ditinjau melalui tiga sisi, yaitu struktur, proses, dan hasil. en struktur meliputi struktur organisasi dalam pelayanan, sumber



daya material, dan sumber daya manusia. Komponen proses meliputi segala proses pelayanan yang dilakukan oleh pihak petugas kesehatan dan kegiatan yang diterima oleh pasien. Begitu banyak proses yang harus dilalui pasien selama berinteraksi dengan dokter dengan keluarga dan petugas kesehatan lainnya. Komponen hasil menggambarkan efek pelayanan yang diberikan selama pasien mendapatkan perawatan medis. Hasil pelayanan tersebut dapat berupa meningkatnya pengetahuan pasien, kepuasan pasien, kesembuhan, atau efek yang tidak diharapkan.



Gambar : Pendekatan Kualitas Menurut Donabedian dalam (Cahyono, 2008).

Dari penjelasan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa struktur dan proses yang baik akan memberikan hasil yang baik pula (*good structure, good process*). Untuk menentukan bahwa komponen struktur

proses telah dilakukan dibutuhkan suatu parameter untuk menilai komponen tersebut telah memenuhi syarat yang dinamakan standart. Standarisasi yang menyangkut masalah struktur



misalnya SDM (Kompetensi, lisensi, akreditasi dsb), peralatan, pedoman maupun SOP setiap tindakan medis.

2. Faktor-faktor Penilaian Keselamatan Pasien

Hasil *survey safety attitudes Qustioner* (SAQ). Mengidentifikasi 6 elemen untuk menilai budaya keselamatan pasien, yang meliputi: Kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen dan kondisi kerja

a. Kerjasama Tim (*Teamwork*)

Tim adalah unsur kehidupan pada sebuah organisasi karena suatu pekerjaan melibatkan orang-orang dengan berbagai keahlian untuk bekerjasama dalam satu tujuan. Semangat kolegalitas dan kolaborasi harus terjadi di antara para eksekutor dan staff. Saling hormat dan dinamis diwarnai oleh struktur dan ciri organisasi. Bentuk kerjasama tidak hanya berupa saling membantu dalam pekerjaan, namun saling membantu dalam menyelesaikan masalah dan pembagian tanggung jawab pada masing-masing petugas.

Kerjasama Tim (*Teamwork*) di kamar bedah adalah komponen penting untuk efisiensi kamar bedah, mutu pelayanan, dan keselamatan pasien *Teamwork climate* yang baik dapat meningkatkan kepatuhan

an *Surgical safety checklist* (SSC). Keterlibatan banyak profesi di bedah memiliki risiko terjadi cedera jika dilakukan tidak dengan



koordinasi yang tepat, hal ini dapat dihindari jika keharmonisan hubungan lingkungan kerja dan suasana hati yang baik untuk mencapai pelayanan kesehatan yang diinginkan.

Untuk mencapai keefektifitasan suatu tim, tiap anggota harus melaksanakan perannya masing-masing. Menurut Bower *et al* (2003), memprediksikan bahwa dinamika tersebut dipengaruhi oleh budaya organisasi yang menggambarkan pandangan dan persepsi di setiap proses tim diantaranya adalah: tujuan bersama, komunikasi, manajemen konflik, pembuatan keputusan, evaluasi performa, divisi pekerja, kepemimpinan, monitor proses (Ayudyawardani *et al.*, 2012).

b. Kepuasan Kerja (*Job satisfaction*)

Menurut Locke dalam Munandar (2001), tenaga kerja yang puas dengan pekerjaannya merasa senang dengan pekerjaannya. Keyakinan bahwa karyawan yang terpuaskan akan lebih produktif daripada karyawan yang tak terpuaskan merupakan suatu ajaran dasar diantara para manajer selama bertahun-tahun (Robbins, 2001).

Menurut Strauss dan Sayles dalam Handoko (2001), kepuasan kerja juga penting untuk aktualisasi, karyawan yang tidak memperoleh kepuasan kerja tidak akan pernah mencapai kematangan psikologis, dan pada akhirnya akan menjadi frustrasi. Karyawan yang seperti ini akan

melamun, mempunyai semangat kerja yang rendah, cepat lelah dan, emosi tidak stabil, sering absen dan melakukan kesibukan



yang tidak ada hubungannya dengan pekerjaan yang harus dilakukan. Sedangkan karyawan yang mendapatkan kepuasan kerja biasanya mempunyai catatan kehadiran dan perputaran kerja yang lebih baik, kurang aktif dalam kegiatan serikat karyawan, dan kadang-kadang berprestasi bekerja lebih baik daripada karyawan yang tidak memperoleh kepuasan kerja. Oleh karena itu kepuasan kerja mempunyai arti penting baik bagi karyawan maupun perusahaan, terutama karena menciptakan keadaan positif di dalam lingkungan kerja perusahaan.

Kepuasan kerja merupakan hasil keseluruhan dari derajat rasa suka atau tidak sukanya tenaga kerja terhadap berbagai aspek dari pekerjaannya. Dengan kata lain kepuasan mencerminkan sikap tenaga kerja terhadap pekerjaannya. Kepuasan kerja dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu karakteristik pekerjaan, gaji, penyeliaan, rekan-rekan sejawat yang menunjang dan kondisi kerja yang menunjang. (Munandar, 2001)

Penilaian *Job satisfaction* meliputi lingkungan kerja yang menyenangkan, kebanggaan terhadap pekerjaan, rasa persaudaraan, menjunjung tinggi moral, dan menyenangkan pekerjaan.

Karakteristik pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja karyawan, model karakteristik pekerjaan (job characteristics models) dari Hackman dan Oldham (1980) adalah

pendekatan terhadap pemerikayaan jabatan (job enrichment) yang diklasifikasikan kedalam 5 dimensi karakteristik inti yaitu keragaman



ketrampilan (*skill variety*), Jati diri dari tugas (*task identity*), signifikansi tugas (*task significance*), otonomi (*autonomy*) dan umpan balik (*feedback*). Setiap dimensi inti dari pekerjaan mencakup aspek besar materi pekerjaan yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja seseorang, semakin besarnya keragaman aktivitas pekerjaan yang dilakukan maka seseorang akan merasa pekerjaannya semakin berarti. Apabila seseorang melakukan pekerjaan yang sama, sederhana, dan berulang-ulang maka akan menyebabkan rasa kejenuhan atau kebosanan. Dengan memberi kebebasan pada karyawan dalam menangani tugas-tugasnya akan membuat seorang karyawan mampu menunjukkan inisiatif dan upaya mereka sendiri dalam menyelesaikan pekerjaan, dengan demikian desain kerja yang berbasis ekonomi ini merupakan fungsi dan faktor pribadi. Kelima karakteristik kerja ini akan mempengaruhi tiga keadaan psikologis yang penting bagi karyawan, yaitu mengalami makna kerja, memikul tanggung jawab akan hasil kerja, dan pengetahuan akan hasil kerja. Akhirnya, ketiga kondisi psikologis ini akan mempengaruhi motivasi kerja secara internal, kualitas kinerja, kepuasan kerja dan ketidakhadiran dan perputaran karyawan.

Karakteristik pekerjaan seorang karyawan jelas terlihat desain pekerjaan seorang karyawan. Desain pekerjaan menentukan bagaimana pekerjaan dilakukan oleh karena itu sangat mempengaruhi perasaan dan sikap terhadap sebuah pekerjaan, seberapa pengambilan keputusan



yang dibuat oleh karyawan kepada pekerjaannya, dan seberapa banyak tugas yang harus dirampungkan oleh karyawan.

Rendahnya kepuasan kerja dapat menimbulkan berbagai dampak negatif seperti mangkir kerja, mogok kerja, kerja lamban, pindah kerja dan kerusakan yang disengaja. Karyawan yang tingkat kepuasannya tinggi akan rendah tingkat kemangkirannya dan demikian sebaliknya, organisasi-organisasi dengan karyawan yang lebih terpuaskan cenderung lebih efektif dari pada organisasi-organisasi dengan karyawan yang tak terpuaskan sehingga dapat meningkatkan produktivitas organisasi dan salah satu penyebab timbulnya keinginan pindah kerja adalah kepuasan pada tempat kerja sekarang. (Robbins 2001).

Smith, et. al. yang dikutip Luthans (1998) menunjukkan adanya 6 faktor penting yang mempengaruhi kepuasan kerja karyawan yaitu :

1. *The work it self* (Pekerjaan itu sendiri)

Sejauhmana karyawan memandang pekerjaannya sebagai pekerjaan yang menarik, memberikan kesempatan untuk belajar, dan peluang untuk menerima tanggung jawab. Menurut Luthans (1998), unsur ini menjelaskan pandangan karyawan mengenai pekerjaannya sebagai pekerjaan yang menarik, melalui pekerjaan tersebut karyawan memperoleh kesempatan untuk belajar, dan memperoleh peluang untuk menerima tanggung jawab. Menurut Robbins (2001) “karyawan cenderung menyukai pekerjaan-pekerjaan yang memberi mereka kesempatan



menggunakan ketrampilan dan kemampuan mereka dan menawarkan beragam tugas, kebebasan, dan umpan balik mengenai betapa baik mereka bekerja". Adanya kesesuaian pekerjaan dengan ketrampilan dan kemampuan karyawan diharapkan mampu mendorong karyawan untuk menghasilkan kinerja yang baik

2. *Pay* (Upah atau gaji)

Merupakan jumlah balas jasa finansial yang diterima karyawan dan tingkat di mana hal ini dipandang sebagai suatu hal yang adil dalam organisasi. Menurut Robbins (2001) bahwa para karyawan menginginkan sistem upah dan kebijakan promosi yang mereka persepsikan sebagai adil, tidak meragukan, dan segaris dengan pengharapan mereka. Bila upah dilihat sebagai adil yang didasarkan pada tuntutan pekerjaan, tingkat ketrampilan individu, dan standar pengupahan komunitas, kemungkinan besar akan dihasilkan kepuasan".

Semakin tinggi tingkat pendidikan karyawan, maka semakin tinggi pula tingkat kemungkinan karyawan tersebut melakukan perbandingan sosial dengan karyawan bandingan yang sama di luar perusahaan. Jika gaji yang diberikan perusahaan lebih rendah dibandingkan dengan gaji yang berlaku di perusahaan yang sejenis dan memiliki tipe yang sama, maka akan timbul ketidakpuasan kerja karyawan terhadap gaji. Oleh

itu gaji harus ditentukan sedemikian rupa agar kedua belah pihak (karyawan dan perusahaan) merasa sama-sama diuntungkan. Karena



karyawan yang merasa puas dengan gaji yang diterimanya, maka dapat menciptakan kepuasan kerja yang diharapkan berpengaruh pada kinerja karyawan.

Begitu pula Menurut Handoko (2001), yang menyatakan bahwa “Ketidakpuasan sebagai besar karyawan terhadap besarnya kompensasi sering diakibatkan adanya perasaan tidak diperlakukan dengan adil dan layak dalam pembayaran mereka”. Pendapat serupa dikemukakan Hasibuan (2001) bahwa dengan balas jasa atau kompensasi, karyawan akan dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan fisik, status sosial, dan egoistiknya sehingga memperoleh kepuasan kerja dari jabatannya.

3. *Promotion opportunities* (Kesempatan Promosi)

Menurut Luthans (1998) menyatakan bahwa “Kesempatan promosi mengakibatkan pengaruh yang berbeda terhadap kepuasan kerja karena adanya perbedaan balas jasa yang diberikan”. Menurut Nitisemito (2000) promosi adalah “Proses pemindahan karyawan dari satu jabatan ke jabatan yang lain yang lebih tinggi”. Dengan demikian promosi akan selalu diikuti oleh tugas, tanggung jawab, dan wewenang lebih tinggi daripada jabatan yang diduduki sebelumnya. Melalui promosi, perusahaan akan memperoleh kestabilan dan moral karyawanpun akan lebih terjamin.

Sementara Robbins (2001) menyatakan bahwa promosi akan memberikan

atan untuk pertumbuhan pribadi, tanggung jawab yang lebih dan status sosial yang meningkat. Apabila promosi dibuat dengan



cara yang adil diharapkan mampu memberikan kepuasan kepada karyawan.

4. *Supervision* (Pengawasan)

Luthans (1998) berpendapat bahwa tugas pengawasan tidak dapat dipisahkan dengan fungsi kepemimpinan, yaitu usaha mempengaruhi kegiatan bawahan melalui proses komunikasi untuk mencapai tujuan tertentu yang ditetapkan organisasi. Menurut Hasibuan (2001), kepemimpinan yang ditetapkan oleh seorang manajer dalam organisasi dapat menciptakan integrasi yang serasi dan mendorong gairah kerja karyawan untuk mencapai sasaran yang maksimal. Oleh sebab itu aktivitas karyawan di perusahaan sangat tergantung dari gaya kepemimpinan yang diterapkan serta situasi lingkungan di dalam perusahaan tempat mereka bekerja. Perlunya pengarahan, perhatian serta motivasi dari pemimpin diharapkan mampu memacu karyawan untuk mengerjakan pekerjaannya secara baik, seperti yang dikemukakan oleh Hasibuan (2001) bahwa gaya kepemimpinan pada hakikatnya bertujuan untuk mendorong gairah kerja, kepuasan kerja, dan produktivitas kerja karyawan yang tinggi, agar dapat mencapai tujuan organisasi yang maksimal.

5. *Co-worker* (Rekan kerja)



Merupakan suatu tingkatan di mana rekan kerja memberikan
n. Luthans (1998) menyatakan bahwa “Rekan kerja yang

bersahabat, kerjasama rekan sekerja atau kelompok kerja adalah sumber kepuasan kerja bagi pekerja secara individual. Sementara kelompok kerja dapat memberikan dukungan, nasehat atau saran, bantuan kepada sesama rekan kerja. Kelompok kerja yang baik membuat pekerjaan lebih menyenangkan. Baiknya hubungan antara rekan kerja sangat besar artinya bila rangkaian pekerjaan tersebut memerlukan kerja sama tim yang tinggi. Tingkat keeratan hubungan mempunyai pengaruh terhadap mutu dan intensitas interaksi yang terjadi dalam suatu kelompok. Kelompok yang mempunyai tingkat keeratan yang tinggi cenderung menyebabkan para pekerja lebih puas berada dalam kelompok. Kepuasan timbul terutama berkat kurangnya ketegangan, kurangnya kecemasan dalam kelompok dan karena lebih mampu menyesuaikan diri dengan tekanan pekerjaan.

6. *Working condition* (Kondisi kerja)

Apabila kondisi kerja karyawan baik (bersih, menarik, dan lingkungan kerja yang menyenangkan) akan membuat mereka mudah menyelesaikan pekerjaannya. Menurut Luthans (1998), apabila kondisi kerja bagus (lingkungan yang bersih dan menarik), akan membuat pekerjaan dengan mudah dapat ditangani. Sebaliknya, jika kondisi kerja tidak menyenangkan (panas dan berisik) akan berdampak sebaliknya

Apabila kondisi bagus maka tidak akan ada masalah dengan lingkungan kerja, sebaliknya jika kondisi yang ada buruk maka akan buruk



juga dampaknya terhadap kepuasan kerja (Afriyani and Widyaiswara, 2016).

c. Persepsi Manajemen (*Management of Perception*)

Komitmen manajemen untuk keselamatan merupakan komponen paling penting dari budaya keselamatan. menyimpulkan bahwa komitmen manajemen terhadap keselamatan telah terbukti menjadi dimensi organisasi yang paling penting dalam pelayanan kesehatan.

Menurut Ivana et al. (2014), Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mewajibkan dilaksanakannya akreditasi RS dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan RS di Indonesia. Standar akreditasi yang digunakan saat ini akan menekankan pada pelayanan berfokus pada pasien serta kesinambungan pelayanan dan menjadikan keselamatan pasien sebagai standar utama serta melibatkan seluruh petugas dalam proses akreditasi. Sedangkan Komitmen adalah tekad yang kuat, yang mendorong seseorang untuk mewujudkannya.

Dalam hal ini komitmen manajemen menjelaskan kekuatan dari sebuah identifikasi individu dengan keterlibatan dalam sebuah organisasi. Komitmen dapat dikatakan sebagai ujung tombak



terlaksananya suatu sistem manajemen kesehatan dan keselamatan pasien di Rumah sakit karena ini dari pelaksanaan program keselamatan pasien adalah komitmen baik, dari manajemen maupun individu atau masing-masing pekerja di dalamnya. Jika pihak manajemen memiliki komitmen yang kuat, maka akan banyak cara yang dilakukan agar sistem manajemen keselamatan pasien berjalan sesuai dengan kebijakan yang dibuat. Komitmen manajemen dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain adalah keterlibatan pimpinan, adanya kebijakan secara tertulis dan sosialisasi kebijakan keseluruhan staff rumah sakit.

Bentuk nyata dari keterlibatan pimpinan adalah dengan mengalokasikan sumber daya yang cukup untuk menjamin perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit, adanya kebijakan tertulis yang ditandatangani oleh pimpinan tertinggi serta dikomunikasikan kepada setiap pekerja, dan melaksanakan pelatihan maupun tanggap darurat. Dengan demikian pimpinan akan memberikan motivasi kepada para pekerjanya untuk melaksanakan programnya dengan memperhatikan aspek keselamatan pasien (Ivana et al., 2014)

d. Iklim Keselamatan (*Safety climate*)

Iklim Keselamatan Kerja Menurut Canberra (2007), dalam (Prabasworo et al., 2016), iklim keselamatan kerja adalah persepsi yang

eh anggota organisasi tentang lingkungan kerjanya dan peraturan atatan kerja dalam organisasi (Lisnandhita, 2012). Neal & Griffin juga menyebutkan bahwa iklim keselamatan mengacu pada



persepsi mengenai kebijakan, prosedur, dan pelaksanaan berkaitan dengan keamanan di tempat kerja. Iklim keselamatan kerja juga merupakan persepsi tentang komitmen manajemen dan partisipasi atau keterlibatan karyawan itu sendiri dalam melaksanakan usaha keselamatan kerja dan usaha pencegahan kecelakaan kerja di lingkungan kerja. Sedangkan menurut Zohar (1980), iklim keselamatan kerja adalah sebuah persepsi pekerja terhadap sikap manajemen terhadap keselamatan kerja dan persepsi sejauh mana kontribusi keselamatan kerja di dalam proses produksi secara umum. Sehingga dapat disimpulkan bahwa iklim keselamatan kerja merupakan suatu bentuk refleksi prioritas keselamatan kerja yang diyakininya dan persepsi itu akan mempengaruhi perilaku yang akan terlihat. Iklim keselamatan yang positif tentu menandakan bahwa organisasi menghargai pekerjanya serta menyokong kesehatan dan kesejahteraan psikologisnya.

Safety climate adalah persepsi karyawan tentang bagaimana manajemen *keselamatan* dijalankan di tempat kerja. *Safety climate* berkaitan dengan kepatuhan terhadap peraturan dan prosedur keselamatan serta partisipasi dalam kegiatan yang terkait dengan keselamatan di tempat kerja.

Dimensi Iklim Keselamatan Kerja Zohar (1980) dalam Prabasworo (2016), menyebutkan bahwa dimensi iklim keselamatan kerja



1. *Perceived importance of safety training program*. Dimensi ini berkaitan dengan persepsi pentingnya program pelatihan keselamatan
2. *Perceived management attitudes toward safety*. Dimensi ini berkaitan dengan persepsi atas sikap manajemen terhadap keselamatan.
3. *Perceived effects of safe conduct on promotion*. Dimensi ini berkaitan dengan persepsi terhadap kegiatan promosi keselamatan.
4. *Perceived level of risk at work place*. Dimensi ini berkaitan dengan persepsi terhadap tingkat resiko kecelakaan kerja di lingkungan kerja.
5. *Perceived effects of required work pace on safe*. Dimensi ini berkaitan dengan laju kerja terhadap keselamatan.
6. *Perceived status of safety officer*. Dimensi ini berkaitan dengan persepsi status petugas keamanan.
7. *Perceived effects of safe conduct on social status*. Dimensi ini berkaitan dengan persepsi terhadap kegiatan keselamatan pada status sosial.
8. *Perceived status of safety committee*. Dimensi berkaitan dengan persepsi status organisasi terhadap keselamatan.

Hal lain diungkapkan oleh Kines (2011) bahwa iklim keselamatan kerja terdiri dari beberapa dimensi antara lain:



management safety priority, commitment and competence. Dimensi ini berkaitan dengan persepsi pekerja terhadap manajemen mengenai

beberapa hal yaitu prioritas terhadap keselamatan, aktif dalam promosi keselamatan, respon terhadap perilaku tidak aman, dan kompetensi dalam menangani keselamatan serta komunikasi isu keselamatan kerja.

2. Management safety empowerment. Dimensi ini menangkap persepsi pekerja terhadap pemberdayaan dan dukungan partisipasi pekerja yang dilakukan oleh manajemen.
3. Management safety justice. Persepsi pekerja mengenai cara manajemen dalam memperlakukan pekerja yang terlibat kecelakaan.
4. Worker's safety commitment. Persepsi pekerja tentang sejauh mana pekerja turut andil dalam menjaga keselamatan kerja dan peduli terhadap aktivitas keselamatan kerja.
5. Worker's safety priority and risk non accepted. Dimensi ini menjelaskan tentang bagaimana kelompok tersebut menilai perilaku sehingga menciptakan norma keselamatan di dalam pekerjaan.
6. Safety communication, learning, and trust in co-worker safety competence. Dimensi ini berisi tentang persepsi pada sistem komite kerja, bagaimana intensitas interaksi komunikasi antara manajemen dan pekerja serta tentang pentingnya sebuah training keselamatan kerja.



7. Worker's trust in the efficacy of safety systems. Persepsi pekerja terhadap manajemen dalam mencari solusi permasalahan serta pemberian fasilitas untuk transfer informasi terkait keselamatan

Faktor- Faktor Iklim Keselamatan Kerja Neal & Griffin dalam (Prabasworo et al., 2016), menyebutkan bahwa mengukur keselamatan terdiri dari lima sistem antara lain:

1. *Management Value* (Nilai Manajemen) Nilai manajemen menunjukkan seberapa besar manajer dipersepsikan menghargai keselamatan di tempat kerja, bagaimana sikap manajemen terhadap keselamatan, dan persepsi bahwa keselamatan penting.
2. *Safety Communication* (Komunikasi Keselamatan) Komunikasi keselamatan diukur dengan menanyakan dimana isu-isu keselamatan dikomunikasikan.
3. *Safety Practices* (Praktek Keselamatan) Yaitu sejauh mana pihak manajemen menyediakan peralatan keselamatan dan merespon dengan cepat terhadap bahaya-bahaya yang timbul.
4. *Safety Training* (Pelatihan Keselamatan) Pelatihan adalah aspek yang sangat krusial dalam sistem personalia dan mungkin metode yang sering digunakan untuk menjamin level keselamatan yang memadai di

nisasi karena pelatihan sangat penting bagi pekerja produksi. e.

ty Equipment (Peralatan Keselamatan) Peralatan keselamatan



mengukur tentang kecukupan peralatan keselamatan, seperti alat-alat perlengkapan yang tepat disediakan dengan mudah

Tipe Iklim Keselamatan Kerja Tipe iklim keselamatan kerja menurut Wetrum dan Adamski (1999) dalam Kartika dan Stepanus (2011) berdasarkan tahapan pengembangannya, budaya kesehatan dan keselamatan kerja dapat dibedakan menjadi:

1. Tipe patologis. Tahap ini, organisasi belum memiliki program keselamatan dan kesehatan kerja. Kegiatan unit bersifat reaktif dimana tindakan dilakukan setelah terjadi suatu kecelakaan. Program keselamatan dan kesehatan kerja hanya menangani insiden misal kebakaran dan cedera. Sikap kritis pekerja pada aspek keselamatan dan kesehatan kerja cenderung dimusuhi sehingga insiden kecelakaan kerja sering ditutup-tutupi.
2. Tipe kalkulatif. Tahap ini, masalah keselamatan dan kesehatan kerja ditangani secara serius. Program keselamatan dan kesehatan kerja disusun berdasarkan kalkulasi profesional (peraturan perundang-undangan). Teknik kuantitatif risk assesment dan analisa cost benefit digunakan sebagai bahan pertimbangan efektifitas program. Pendekatannya bersifat birokratis dan metode yang digunakan bersifat problem solving. Insiden ditinjau sebagai kasus dan pelakunya ditangani berdasarkan peraturan keselamatan dan kesehatan kerja.



3. Tipe generatif. Tahap ini, keyakinan terhadap pentingnya nilai keselamatan kerja sangat dipahami oleh karyawan. Insiden ditinjau berdasarkan proses dengan mengevaluasi penyebab agar tidak terulang kembali. Pendekatan keselamatan dan kesehatan kerja bersifat proaktif dengan parameter berupa safe work practice (Prabasworo et al., 2016).

e. Kondisi Kerja (*Working condition*)

Working condition adalah persepsi kualitas lingkungan kerja, staffing, dan peralatan yang mendukung dalam pemberian pelayanan bedah yang aman. Menurut Mardiana dalam (Suratmi, 2014), menjelaskan bahwa kondisi kerja adalah tempat dimana individu melakukan pekerjaannya sehari-hari. Kondisi kerja yang kondusif memberikan rasa aman dan nyaman untuk dapat bekerja secara optimal.

Sedangkan, menurut (Nitisemito, 2010), kondisi kerja adalah segala sesuatu yang ada disekitar para individu yang dapat mempengaruhi dirinya dalam menjalankan tugas-tugas yang diemban. Adapun faktor-faktor fisik yang dapat mempengaruhi kondisi kerja menurut Nitisemito (2010), adalah sebagai berikut:

1. Ketenangan

Ketenangan di ruangan kerja perlu diperhatikan oleh perusahaan dapat menambah konsentrasi atau kerseriusan dalam bekerja pada melakukan pekerjaan.



2. Kebersihan

Kondisi lingkungan kerja yang bersih dapat menimbulkan rasa nyaman sehingga dapat mempengaruhi semangat dan h=gairah kerja Individu.

3. Pertukaran udara

Pertukaran udara yang cukup terutama dalam ruangan kerja sangat diperlukan, apalagi di dalam ruangan tersebut memiliki jumlah Individu yang banyak. Pertukaran udara yang cukup akan menyebabkan kesegaran fisik para karyawan, sebaliknya pertukaran udara yang kurang dapat menimbulkan rasa pengap, sehingga mudah menimbulkan kelelahan para Individu.

Setiap rumah sakit selalu berusaha untuk menciptakan lingkungan kerja yang menyenangkan misalnya sirkulasi udara di tempat kerja, oksigen merupakan gas yang dibutuhkan untuk menjaga kelangsungan hidup yaitu untuk proses metabolisme

4. Penerangan

Rumah sakit harus mengusahakan penerangan yang cukup, tetapi tidak menyilaukan, sebab bila hal ini terpenuhi maka pekerjaan dapat dilaksanakan dengan baik dan lebih teliti.

5. Keamanan



Perusahaan yang memberikan jaminan keamanan dalam bekerja dapat menimbulkan rasa tenang para Individu dalam melakukan pekerjaannya.

f. Kondisi Stres (*Stress recognition*)

Beban kerja yang tinggi, situasi yang tegang, dan kelelahan dapat mempengaruhi kinerja. Menurut Cooper et al, stress dipengaruhi oleh keseimbangan antara persepsi terhadap tuntutan terhadap seseorang dengan bagaimana ia menilai sumber daya untuk memenuhi tuntutan tersebut. Ketika tuntutan dirasa lebih utama dari kemampuan, seseorang akan mengalami efek tidak menyenangkan, seperti kelelahan atau perasaan lelah, konsentrasi kurang dan mudah tersinggung.

Secara sederhana tipe stress dapat dibedakan menjadi dua yaitu stress kronis dan stress akut. Kondisi di tempat kerja dan reaksi tiap individu terhadap kondisi tersebut dalam periode tertentu dapat menyebabkan stress kronis. Misalnya kurangnya dukungan pimpinan dan rekan kerja, ketidakpastian gambaran pekerjaan dan kurangnya kejelasan tanggung jawab yang diberikan maupun kurangnya keharmonisan dalam tim semuanya punya faktor terhadap ketegangan yang menimbulkan stress kronis. Flin (1998), berpendapat bahwa stress akut biasanya tiba-tiba muncul dan menghasilkan reaksi yang lebih hebat misalnya dalam

terdesak (gawat darurat) hal ini dapat mengganggu pengambilan an. Menurut Cooper dan Clarke, reaksi individu berubah menjadi



gejala stress dalam organisasi, misalnya tingginya jam kerja dan izin istirahat yang kurang dengan keselamatan kerja yang kurang diperhatikan di tempat kerja akan menimbulkan angka kecelakaan yang tinggi.

Menurut Houtman (2005), menjelaskan Stres kerja umumnya dilaporkan oleh pegawai rumah sakit. Studi telah menunjukkan masalah terkait beban kerja, waktu istirahat yang yang tidak cukup dan keterbatasan wewenang dapat menyebabkan kelelahan emosional dan ketidak inginan menangani pasien (Biaggi et al, 2003). Kesalahan kerja, menurunnya produktivitas, perasaan tidak nyaman, kesakitan dan performa tim yang buruk dapat menyebabkan kelelahan dapat terjadi apabila ketidakmampuan mengatasi stressor terjadi. Oleh karena itu pengelolaan stress sangat penting dan relevan dengan keselamatan pasien. Pengelolaan stres di tempat kerja memerlukan pemahaman terhadap stressor, mediator atau sumber, sama halnya dengan gejala dan efek dari stres dari individu, tim atau organisasi. Dalam mencegah terjadinya stres, pendekatan manajemen resiko direkomendasikan hal ini telah diterapkan di rumah sakit (Cox et al, 2002). Resiko yang diidentifikasi dapat dikelola dalam berbagai macam cara, contohnya dengan memastikan level staf yang adekuat dan menyediakan pelatihan yang sesuai. Selanjutnya, organisasi dapat mengurangi stres di tempat kerja, contohnya dengan dengan memungkinkan periode pemulihan setelah dengan beban kerja tinggi, (Sauter et al, 1990). Manajemen stres mengambil bentuk umum pendidikan stres dan pelatihan



manajemen stres. Murphy (1996) menemukan kombinasi relaksasi otot dan perilaku kognitif dari manajemen stres menghasilkan hasil yang paling positif.

Untuk membantu pegawai mengatasi situasi stres akut, latihan realistis dan sesi simulasi dapat membantu memastikan kinerja efektif (Hytten & Hasle, 1989). Pelatihan penanganan stres didesain untuk meningkatkan kinerja tim dalam mengatasi stres akut melalui praktek dan umpan balik dengan beberapa teknik, contohnya STOP (Stand back, Take Stock, Overview, Procedures), atau STAR (Stop, Think, Act, Review) atau latihan pernapasan (Driskell & Salas, 1996). CISM (Critical Incidentr Stress Management. Menurut Everly, Mitchell Hokanson & Wirth (2000), Teknik - teknik ini direkomendasikan untuk tim yang dengan tingkat stres tinggi dan direkomendasikan ada tatap muka setelah situasi stress (Ayudyawardani et al., 2012).



F. Penelitian Terdahulu

No	Judul Penelitian	Tahun	Tujuan	Lokasi	Metode	Sampel	Hasil
1	<i>A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population.</i>	(Haynes et al., 2009)	Penerapan Checklist keselamatan operasi yang dirancang untuk meningkatkan komunikasi tim & konsistensi perawatan akan mengurangi komplikasi & kematian yang terkait dengan operasi	Di delapan RS di delapan kota di Toronto, New Delhi, Amman, Auckland, Manila, Ifakara, London, Seattle	Studi prospektif pre intervention & pasca intervention	3955 pasien berusia > 16 tahun yang menjalani operasi non cardiac	Setelah penerapan Checklist keselamatan operasi, dari 3955 pasien operasi yg diteliti, tingkat kematian menurun 1,5% mjd 0,8%, komplikasi rawat inap setelah 30 hari pertama post operasi menurun dari 11% menjadi 7%
2	<i>Rekomendasi untuk meningkatkan kepatuhan penerapan SSC di kamar bedah</i>	(Sandrawati et al., 2013)	Meningkatkan penerapan SSC dengan menganalisis pengaruh kebijakan, prosedur, budaya keselamatan pasien & faktor individu terhadap kepatuhan penerapan SSC di kamar bedah				Site marking, pengetahuan tentang SSC 61,0% masih rendah
3	<i>Surgical checklist: the human factor</i>	(O'Connor et al., 2013)	Menguji sikap terhadap adaptasi dari surgical checklist WHO yang dilaksanakan di sebuah Rumah Sakit di Irlandia	Irish Hospital	Kuisisioner untuk evaluasi kuantitatif	107 staff kamar operasi di Irish Hospital (Dokter ahli bedah, dokter anastesi, dan perawat bedah)	Surgical checklist berpotensi untuk menjadi system yang sangat efektif untuk menghindari banyaknya potensi kejadian yang tidak diinginkan dalam pembedahan atau operasi



No	Judul Penelitian	Tahun	Tujuan	Lokasi	Metode	Sampel	Hasil
5	<i>Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals</i>	(Carvalho et al., 2015)	Mengevaluasi persepsi profesional layanan kesehatan tentang budaya keselamatan di ruang operasi rumah sakit umum, berukuran besar, sesuai dengan domain SAQ : 1. Teamwork Environment 2. Climate of Security 3. Job Satisfaction 4. Stress Perception 5. Unit/Hospital Management Perceptions 6. Working Condition	Penelitian dilakukan di Surgical Center Core (NCC) di Federal District Base Hospital (HBDF), dengan kapasitas 855 tempat tidur, dimana 482 adalah tempat tidur bedah	Penelitian deskriptif cross-sectional dengan pendekatan kuantitatif, dengan menggunakan Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	SAQ dijawab oleh 226 profesional Perawat 13 Orang Dokter 73 orang Resident 51Orang Dr.Gigi 11 Orang Tenaga Pendukung 8 Orang Tehknican 65 Orang	Hasil penelitian ini menunjukkan, dalam perspektif profesional, kelemahan nilai, sikap, keterampilan, kompetensi dan perilaku yang menentukan budaya keselamatan di dalam organisasi layanan kesehatan. Hal itu diamati sebuah detasemen dari manajemen rumah sakit dan manajemen unit, terkait dengan profesional, kondisi kerja yang buruk dan budaya keselamatan negatif. Intervensi yang konsisten dalam aspek ini disarankan untuk menyediakan lingkungan yang aman bagi profesional dan pasien. Hasil ini mungkin berguna bagi para manajer di daerah tersebut, karena mereka menunjukkan petunjuk dan alternatif untuk mempromosikan keselamatan pasien, seperti komunikasi di



No	Judul Penelitian	Tahun	Tujuan	Lokasi	Metode	Sampel	Hasil
							antara tim mereka dan pengenalan alat baru, seperti Daftar Periksa Keselamatan Bedah WHO.
6	<i>Implementation of surgical safety checklist for all invasive procedures</i>	(Patel et al., 2015)	Untuk menerapkan SSCL untuk semua prosedur invasif dalam waktu 6 bulan dan mencapai kepatuhan 80%	New Delhi, india	<i>Plan-Do-Study-Act (PDSA) and Pareto principle</i>	Jumlah sample 30 pasien untuk endoskopi dan cytoskopi Dan 50 pasien untuk kateterisasi jantung	Pelaksanaan SSCL pada prosedur tindakan invasive Tingkat kepatuhan untuk berbagai prosedur selama tahap uji coba penelitian adalah 50% untuk ekstraksi gigi, 60% untuk operasi katarak, 35% untuk endoskopi, 20% untuk sistoskopi, 40% untuk prosedur kateterisasi jantung.



Teori Dasar	Evidence-Based Practice (EBP)	
<p>A. <u>Teori Perilaku</u> (Teori Ajzen 1991) 1. Sikap 2. Norma Subyektif 3. Persepsi</p> <p>(Teori Lawrance Green 1980) 1. <u>Faktor Predisposisi</u> (Pegetahuan, Sikap, Persepsi) 2. <u>Faktor Pendorong</u> (Ketersediaan Sumber Daya, Fasilitas) 3. <u>Faktor Pendukung</u> (Sikap dan Perilaku Petugas Kesehatan serta Budaya)</p> <p>B. <u>Teori Kepatuhan</u> (Teori Milgram's) 1. Status lokasi, 2. tanggung jawab personel, 3. legitimasi figure otoritas, 4. status figure otoritas, 5. dukungan sesama rekan, 6. kedekatan figure otoritas</p> <p>C. <u>Teori Human Error</u> <i>Human Factors Analysis dan Clasification System</i> (HFACS) (Weigmen dan Shapell 2003) 1. <u>Kesalahan</u> Keterampilan-berbasis kesalahan (Perhatian rendah, lupa, kesalahan teknik), kesalahan rencana (prosedur, keputusan), kesalahan persepsi (ilusi visual dan disorientasi) 2. <u>Pelanggaran</u> (pelanggaran ringan yang disengaja (diberi toleransi) dan pelanggaran berat yang disengaja (tidak diberi toleransi)</p> <p><u>manajemen Risiko (Teori SMK3)</u> <u>manusia (Kepedulian, pelatihan, i, konsultasi, kompetensi)</u> <u>RADC, Engenering, inspeksi, kalibrasi, ian operasi)</u> <u>erasi (HIRADC, pengendalian operasi, n operasi, tanggap darurat sedur (Dokumentasi, Data control, n, audit, dan tinjauan ulang manajemen)</u></p>	<p><u>Safety Attitude</u> (Carvalho et al., 2015) 1. Teamwork Environment 2. Safety Climate 3. Job Satisfaction 4. Stress Perception 5. Unit/Hospital Management Perceptions 6. Working Condition</p> <p><u>Safety Attitude</u> (Cabral et al., 2016) 1. Communication 2. Teamwork climate 3. Safety climate</p> <p><u>Faktor Kontributor, Komponen & Subkomponen</u> (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015) 1. <u>Faktor Kontributor Eksternal RS</u> 2. <u>Faktor Kontributor Organisasi & Manajemen RS</u>: a. <u>Organisasi & Manajemen</u> b. <u>Kebijakan, Standar & Tujuan</u> c. <u>Administrasi</u> d. <u>Budaya Keselamatan</u> e. <u>SDM & Diklat</u> 3. <u>Faktor Lingkungan Kerja</u> 4. <u>Faktor TIM</u> 5. <u>Faktor Petugas</u> 6. <u>Faktor Pasien</u> 7. <u>Faktor Komunikasi</u></p> <p><u>Faktor Mempengaruhi Kepatuhan SSC</u> (Sandrawati et al., 2013) 1. <u>Kebijakan dan prosedur</u> 2. <u>Budaya Patient Safety</u> a. Teamwork Environment b. Safety Climate c. Job Satisfaction d. Stress Perception e. Unit/Hospital Management Perceptions f. Working Condition 3. <u>Pengetahuan</u> 4. <u>Kesadaran</u> 5. <u>Persepsi Petugas</u></p>	<p><u>Hambatan Penerapan SSC.</u> (Bergs et al., 2015) 1. <u>Persepsi staff tentang keselamatan pasien dan SSC</u> 2. <u>Faktor penyesuaian Alur kerja</u> 3. <u>Faktor Checklist (Content & Psychological ownership)</u> 4. <u>Faktor Proses Pelaksanaan</u> a. Education & Training b. Unclear Guidelines 5. <u>Surgeon Commitmen</u> 6. <u>Faktor Konteks Lokal</u> a. Executive Leadership b. Organisational Culture c. Communication & Teamwork</p> <p><u>Contributing factors to adverse clinical incidents in hospital</u> (Mitchell et al., 2016) 1. Equipment 2. Work environment 3. Staff Action 4. Patient 5. Organisational Factors 6. Individual Factor</p> <p><u>Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO SSC</u> (Russ et al., 2015b) 1. Organizational factor 2. System Factor 3. Team Factors 4. Tool-specific Factor</p> <p><u>Barriers to implementation of the WHO checklist</u> (Woodman and Walker, 2016) 1. Pragmatic challenges 2. Attitudes 3. Resources 4. Underlying processes of care</p> <p><u>Barriers of SSC implementation</u> (Kasatpibal, et al., 2017) 1. Structure Barrier 2. Surgical Team Barrier 3. Checklist Barrier 4. Patient Barrier</p>



Optimization Software:
www.balesio.com

G. Mapping Teori

Variabel Indenden		
<p>(Carvalho et al., 2015) Safety Attitude 1. Teamwork Environment 2. Climate of Security 3. Job Satisfaction 4. Stress Perception 5. Unit/Hospital Management Perceptions 6. Working Condition</p> <p>(Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015) Faktor Kontributor, Komponen & Subkomponen 1. Faktor Kontributor Eksternal / Di Luar RS 2. Faktor Kontributor Organisasi & Manajemen RS : a. Organisasi & Manajemen b. Kebijakan, Standar & Tujuan c. Administrasi d. Budaya Keselamatan e. SDM f. Diklat 3. Faktor Lingkungan Kerja 4. Faktor TIM 5. Faktor Petugas 6. Faktor Pasien 7. Faktor Komunikasi</p>	<p>(Bergs et al., 2015) Hambatan dan Pendukung SSC 1. Persepsi staff tentang keselamatan pasien dan SSC 2. Faktor penyesuaian Alur kerja 3. Faktor Cheklist a. Content b. Psychological ownership 4. Faktor Proses Pelaksanaan a. Education & Training b. Unclear Guidelines c. Surgeon Commitmen 5. Faktor Konteks Lokal a. Executive Leadership b. Organisational Culture c. Communication & Teamwork</p> <p>(Cabral et al., 2016) Safety Attitude Communication Teamwork climate Safety climate</p> <p>(Kasatpibal, et al., 2017) Barriers of SSC implementation Structure Barrier Surgical Team Barrier Cheklist Barrier Patient Barrier</p>	<p>(Sandrawati et al., 2013) Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan SSC 1. Kebijakan dan prosedur 2. Budaya Patient Safety 3. Pengetahuan 4. Kesadaran 5. Persepsi Petugas</p> <p>(Mitchell et al., 2016) Contributing factors to adverse clinical incidents in hospital 1. Equipment 2. Work enviroment 3. Staff Action 4. Patient 5. Organisational Factors 6. Individual Factor</p> <p>(Russ et al., 2015b) Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO SSC 1. Organizational factor 2. System Factor 3. Team Factors 4. Tool-specific Factor</p> <p>(Woodman and Walker, 2016) Barriers to implementation of the WHO checklist Pragmatic challenges Attitudes Resources Underlying processes of care</p>
Variabel Dependen		
Surgical Safety Cheklist (WHO, 2009)		



H. Kerangka Teori

Teori Prilaku

1. Faktor Predisposisi
 - a. Pegetahuan
 - b. Sikap
 - c. Persepsi
 2. Faktor Pendorong
 - a. Ketersediaan Sumber Daya
 - b. Fasilitas
 3. Faktor Pendukung
 - a. Perilaku Petugas Kesehatan
 - b. Budaya
- (Teori Lawrance Green 1980)**

Hambatan Penerapan SSC

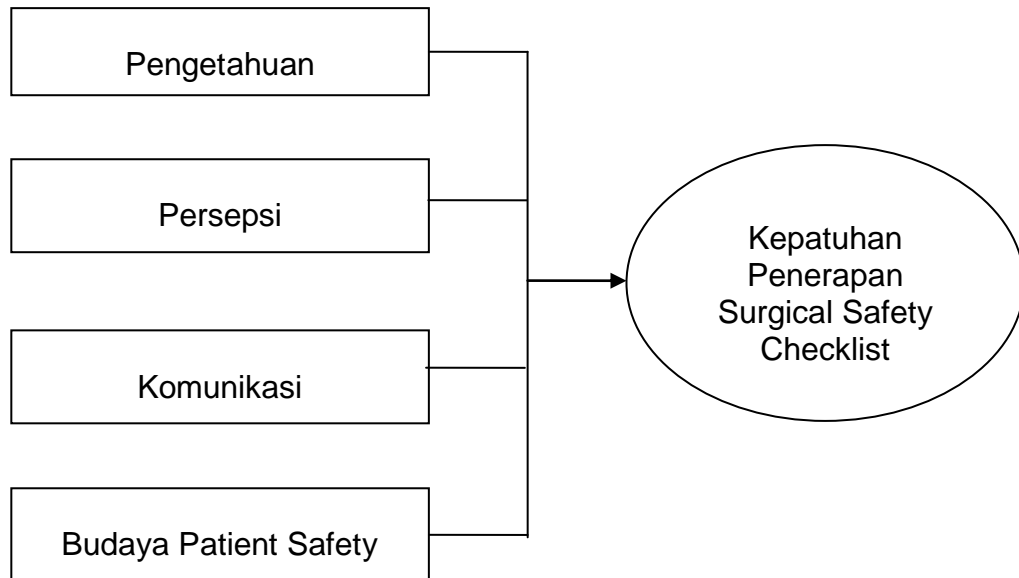
1. Safety Attitude
 - a. Teamwork climate
 - b. Safety climate
2. Comunication
3. Budaya Patient Safety
 - a. Teamwork Environment
 - b. Safety Climate
 - c. Job Satisfaction
 - d. Stress Perception
 - e. Unit/Hospital Management Perceptions
 - f. Working Condition
4. Persepsi Petugas
5. Pengetahuan
6. Content Cheklist(SSC)
7. Kebijakan & Prosedur

**(Carvalho et al., 2015),
 (Cabral et al., 2016),
 (Sandrawati et al., 2013),
 (Bergs et al., 2015),
 (Mitchell et al., 2016),
 (Russ et al., 2015b),
 (Woodman and Walker, 2016),
 (Asatpibal, et al., 2017)
 Komite Keselamatan Pasien
 Rumah Sakit, 2015),**

Kepatuhan
 Penerapan
 Surgical Safety
 Checklist

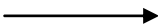


I. Kerangka Konsep



Keterangan:

 : Variabel Independen

 : Hubungan Antar Variabel

 : Variabel Dependen



J. Hipotesis

1. Hipotesis Alternatif (Ha)

- a. Ada pengaruh antara Pengetahuan Petugas dengan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriawaru Bone
- b. Ada pengaruh antara Persepsi Petugas dengan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriawaru Bone
- c. Ada pengaruh antara Komunikasi Petugas dengan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriawaru Bone
- d. Ada pengaruh antara Budaya *Patient Safety* Petugas dengan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriawaru Bone
- e. Ada variabel yang paling berpengaruh antara pengetahuan, komunikasi, persepsi, dan budaya patient safety terhadap Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Tenriawaru Bone



2. Hipotesis Nol (Ho)

- a. Tidak ada pengaruh antara Pengetahuan Petugas dengan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriawaru Bone
- b. Tidak ada pengaruh antara Persepsi Petugas dengan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriawaru Bone
- c. Tidak ada pengaruh antara Komunikasi Petugas dengan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriawaru Bone
- d. Tidak ada pengaruh antara Budaya *Patient Safety* Petugas dengan Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RSUD Tenriawaru Bone
- e. Tidak ada variabel yang paling berpengaruh antara pengetahuan, komunikasi, persepsi, dan budaya patient safety terhadap Kepatuhan Penerapan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Tenriawaru Bone



K. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Kriteria Objektif	Alat ukur	cara ukur	Skala Ukur
1	Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i>.	Penggunaan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim professional di ruang operasi berupa daftar periksa untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan aman kepada pasien (WHO, 2009)	Pelaksanaan dan pendokumentasian Instrument checklist yang digunakan oleh Petugas Bedah dalam menjaga mutu dan Keselamatan pasien di kamar operasi.	dikatakan Lengkap jika responden mengisi semua item dan melakukannya sedangkan dikatakan kurang lengkap jika responden melakukannya tapi tidak didokumentasikan atau sebaliknya didokumentasikan tapi tidak dilakukan	Koesinoner	Observasi & Wawancara	Ordinal
2	Pengetahuan	Kemampuan untuk membentuk model mental yang menggambarkan obyek dengan tepat dan merepresentasikannya dalam aksi yang dilakukan terhadap suatu obyek Martin dan Oxman dalam (Kusrini, 2006)	Pemahaman Petugas tentang Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> .	Dikatakan Cukup, jika jawaban responden memperoleh nilai ≥ 15 (jika data terdistribusi normal), dan atau \geq Median (Jika data tidak terdistribusi normal). sedangkan Kurang, jika jawaban responden memperoleh nilai < 15 terdistribusi normal), dan atau $<$ Median (Jika data tidak terdistribusi normal).	Koesinoer	Observasi & Wawancara	Ordinal



No	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Kriteria Objektif	Alat ukur	cara ukur	Skala Ukur
3	Persepsi	Proses di mana individu mengatur dan menginterpretasikan kesan-kesan sensori mereka guna memberikan arti bagi lingkungan mereka. Namun, apa yang diterimaseseorang pada dasarnya bisa berbeda dari realita objektif (Robin and Judge, 2008)	Tanggapan Petugas tentang Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> .	Dikatakan Positif, jika jawaban responden memperoleh nilai ≥ 15 (jika data terdistribusi normal), dan atau \geq Median (Jika data tidak terdistribusi normal). sedangkan dikatakan Negatif, jika jawaban responden memperoleh nilai < 15 (jika data terdistribusi normal), dan atau $<$ Median (Jika data tidak terdistribusi normal).	Koesioner	Observasi & Wawancara	Ordinal
4	Komunikasi	proses di mana seseorang individu memberikan stimulant biasanya dengan lambang-lambang bahasa baik verbal maupun non verbal. Carl I. Hovland dalam (Suprpto, 2009)	Gambaran hubungan komunikasi berupa informasi-informasi dan kerjasama yang dilakukan antar petugas dalam Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> .	Dikatakan Efektif, jika jawaban responden memperoleh nilai ≥ 15 (jika data terdistribusi normal), dan atau \geq Median (Jika data tidak terdistribusi normal). sedangkan dikatakan Kurang efektif, jika jawaban responden memperoleh nilai < 15 (jika data terdistribusi normal), dan atau $<$ Median (Jika data tidak terdistribusi normal).	Koesioner	Observasi & Wawancara	Ordinal



No	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Kriteria Objektif	Alat ukur	cara ukur	Skala Ukur
5	Budaya Patient Safety	Sistem (tatanan) pelayanan dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman, termasuk didalamnya adalah pelaporan dan analisis insiden yaitu penegakkan kualitas dan keamanan, mengidentifikasi dan mengukur risiko insiden, mengelola risiko terhadap pasien, melakukan komunikasi, komitmen belajar dan menindak lanjuti setiap insiden, menerapkan solusi untuk mencegah dan mengurangi serta meminimalkan risiko (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015, KKP-RS, 2007, Widajat, 2013)	Kebiasaan dan kesadaran Petugas dalam Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> .	Dikatakan Suportif, jika jawaban responden memperoleh nilai ≥ 38 (jika data terdistribusi normal), dan atau \geq Median (Jika data tidak terdistribusi normal). sedangkan dikatakan Unsuportif, jika jawaban responden memperoleh nilai < 38 jika data terdistribusi normal), dan atau $<$ Median (Jika data tidak terdistribusi normal).	Koesioner	Observasi & Wawancara	Ordinal

