

TESIS

**ANALISIS KEPATUHAN PENERAPAN SURGICAL SAFETY
CHECKLIST BERDASARKAN THEORY OF PLANNED BEHAVIOR
PADA PASIEN BEDAH DI RSUD ANDI MAKKASAU
KOTA PAREPARE**



WAWAN KARNIAWAN

C012171024

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS

**ANALISIS KEPATUHAN PENERAPAN *SURGICAL SAFETY CHECKLIST*
BERDASARKAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR*
PADA PASIEN BEDAH DI RSUD ANDI MAKKASAU
KOTA PAREPARE**

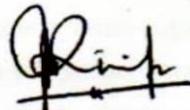
Disusun dan diajukan oleh

WAWAN KARNIAWAN
Nomor Pokok: C012171024

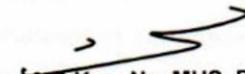
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 9 Oktober 2020
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D.
Ketua



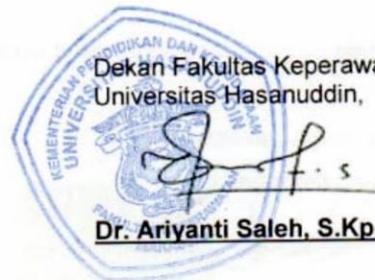
Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.
Anggota

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si.

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Wawan Karniawan

NIM : C012171024

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Judul : Analisis Kepatuhan Penerapan surgical safety
checklist berdasarkan *theory of planned behavior*
Pada Pasien Bedah di RSUD Andi Makkasau Kota
Parepare

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau di publikasi orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Agustus 2020



Yang menyatakan,

Wawan Karniawan

KATA PENGANTAR

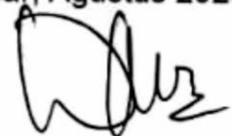
Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat, bimbingan dan pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis ini.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama pembimbing yang dengan tulus dan ikhlas meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan mengarahkan peneliti agar memberikan hasil yang optimal dalam penulisan tesis ini. Sebagai rasa hormat dan terima kasih peneliti menyampaikan ungkapan penghargaan kepada **Rini Rachmawati, S.Kep, Ns, MN, Ph.D** dan **Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., Ph.D** sebagai pembimbing yang telah memberikan arahan mulai dari awal penyusunan sampai dengan proses presentasi tesis.

Dalam menyusun tesis ini peneliti menyadari akan keterbatasan kemampuan yang dimiliki, namun dengan segala kerendahan hati peneliti menyampaikan bahwa inilah yang dapat peneliti persembahkan sebagai wujud atas kemampuan yang dimiliki dengan harapan mendapat saran sehingga penyusunan tesis ini menjadi lebih baik lagi.

Peneliti berharap semoga dengan tesis ini dapat memberikan sumbangsi dalam pembelajaran Riset Keperawatan. Atasnya di sampaikan terima kasih.

Makassar, Agustus 2020



Wawan Karniawan

Abstrak

Tujuan. Tujuan dari penelitian ini yakni mengetahui kepatuhan tim bedah yaitu *attitude toward the behavior, normative beliefs*, dan *perceived behavioral control* dalam rangka penerapan SSC pada pasien bedah.

Metode. Desain penelitian ini menggunakan metode campuran *concurrent triangulation mixed-methods*. Penelitian ini dilaksanakan Mulai tanggal 30 mei sampai dengan 26 juli 2020.

Hasil. Kepatuhan perawat menerapkan *surgical safety checklist* berdasarkan *theory of planned behavior* peneliti menemukan bahwa niat (*intention*) (mean 6,17, dan standar deviasi=0,81.TCR=87,61%) tim bedah menerapkan kepatuhan penerapan SSC dinilai positif. Namun, tindakan pembedahan terkait penerapan SSC yang dilaksanakan oleh 35 tim bedah yang disurvei di IBS RSUD. A. Makkasau Parepare peneliti menemukan SSC suda sangat baik diterapkan 100% di tiap tindakan pembedahan namun *behavior* patuh dalam menerapkan SSC (68.33%). Dapat disimpulkan dalam penerapan SSC tidak ada yang dilakukan dengan sempurna. Ketidakpatuhan penerapan SSC di setiap elemen-elemen diperkuat dari hasil wawancara kepada tim bedah. Peneliti menemukan bahwa ketidakpatuhan disebabkan oleh *actual behavioral control* yang tidak optimal baik itu pengetahuan maupun keterampilan tim bedah terhadap penerapan SSC. **Kesimpulan.** Kepatuhan penerapan SSC yang rendah dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas yang didapat di RSUD A. Makkasau Parepare.

Kata kunci : "*Surgical Team, WHO surgical safety checklist, implementation compliance*".

Abstrak

Purpose. The purpose this study to figure out awareness of compliance surgical teams (surgeons, anastasis, nurses, attitude toward the behavior, normative beliefs, and perceived behavioral control of the application of surgical safety checklist (ssc) on a patient.

Method. This study using a mix of concurrent triangulation mixed-methods with combine by quantitative and qualitative research methodology. This study was conducted 30 may started on to 26 july 2020.

Result. Compliance of nurse applying the ssc based theory of planned behavior researchers found that the intention (mean 6,17, and standard deviation = 0, 81.tcr = 87,61 %) the surgical teams looking properly if applying compliance of ssc. But, the actual, ssc exercised by 35 surgical teams surveyed in ibs rsud a. Makkasau, pare-pare city, researchers found that ssc properly applied 100% in every action surgery but obsequiously behavior in applying ssc (68.33%). It means, implementation of ssc not perfectly. Noncompliance of ssc strengthened from the results of interviews. Researchers found that any actual caused by behavioral control not optimal between knowledge and skills.

Conclusion. Low compliance the ssc increasingly morbidity and mortalities in the hospital rsud a. Makkasau pare-pare city.

Kata kunci : *“surgical team, who surgical safety checklist, implementation compliance”*.

Kata kunci : *“Surgical Team, WHO surgical safety checklist, implementation compliance”*.

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	ii
Abstrak.....	iv
Abstrak.....	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	14
C. Tujuan penelitian.....	15
D. Orisinalitas Penelitian.....	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	17
A. Algoritma Pencarian	17
B. <i>Patient Safety</i>	17
1. Definisi <i>Patient Safety</i>	17
2. Standar nasional <i>patient safety</i>	18
3. Sasaran <i>patient safety</i> Rumah Sakit.....	21
4. Tujuan <i>patient safety</i>	22
C. Tinjauan <i>surgical safety checklist</i> WHO 2009	23
1. <i>Surgical Safety Checklist</i>	23
2. Tujuan dan manfaat <i>surgical safety checklist</i>	24
3. Pelaksanaan <i>surgical safety checklist</i>	26
D. Proses keperawatan perioperatif.....	38
1. Praoperatif.....	38
2. Intra operatif	39
3. Pasca operatif	40
E. Tim bedah.....	41
1. Definisi tim bedah	41
2. Jenis tenaga dan uraian tugas tim bedah	41
3. Tim bedah yang efektif	52

F. Kepatuhan.....	58
1. Konsep kepatuhan.....	58
2. Kepatuhan penerapan <i>surgical safety checklist</i>	60
3. Sikap tim bedah terhadap perilaku penerapan <i>surgical safety checklist</i>	62
G. <i>Theory of planned behavior</i> (teori perilaku terencana).....	75
1. Sejarah <i>Theory Of Planned Behavior</i>	76
2. Konsep <i>Theory of planned behavior</i>	77
3. Tujuan dan manfaat <i>Theory Of Planned Behavior</i>	78
a. <i>Behavior beliefs</i>	81
b. <i>Normbative beliefs</i>	83
c. <i>Control beliefs</i>	85
d. <i>Attitude toward the behavior</i>	88
e. <i>Subjective norm</i>	92
f. <i>Perceived behavioral control</i>	98
g. <i>Actual Behavioral Control</i>	104
i. <i>Behavior</i>	108
H. Rumah Sakit Umum Andi Makkasau Kota Parepare.....	109
BAB III METODE PENELITIAN	111
A. Rumusan Kerangka konsep.....	111
1. <i>Attitude toward the behavior</i>	111
2. <i>Subjective norm</i>	112
3. <i>Perceived behavioral control</i>	113
4. <i>Intention</i>	114
5. <i>Behavior</i>	114
B. Kerangka Konseptual Penelitian.....	114
C. Metode Penelitian.....	115
1. Desain Penelitian.....	115
2. Identifikasi populasi.....	118
3. Desain Pemilihan Sampel.....	119
4. Identifikasi metode pengukuran variabel penelitian.....	120
5. Tempat dan Waktu Penelitian.....	130
6. Definisi operasional.....	130
7. Kriteria inklusi dan eksklusi.....	137

8. Metode analisis data.....	137
9. Etika Penelitian	138
10. Alur Penelitian.....	141
BAB IV HASIL	142
A. Hasil penelitian.	142
1. Gambaran umum responden.....	142
2. <i>Attitude toward the behavior</i>	143
3. <i>Subjective norm</i>	147
4. <i>Perceived behavioral control</i>	150
5. <i>Intention</i>	153
6. <i>Behavior</i>	154
BAB V DISKUSI	163
A. Diskusi Hasil.....	163
1. Orientasi latar belakang penelitian.	163
2. Pernyataan hasil.....	166
3. Hasil diluar dugaan.....	167
4. Mengutip penelitian sebelumnya yang mendukung.....	168
5. Mengutip penelitian sebelumnya yang bertentangan.....	169
6. Penjelasan hasil.	170
B. implikasi dalam praktek keperawatan.....	178
C. Keterbatasan penelitian.	180
BAB VI KESIMPULAN.....	182
DAFTAR PUSTAKA.....	184

DAFTAR TABEL

Tabel	Teks	Halaman
3.1	Sebaran populasi berdasarkan tim bedah.....	96
3.2	Pelaksanaan penelitian.....	104
4.1	Gambaran umum responden.....	110
4.2	Hasil dari survei kuesioner <i>behavior beliefs</i> tim bedah terhadap surgical safety checklist di instalasi bedah sentral di RSUD A.Makkasau.....	111
4.3	Hasil dari survei kuesioner <i>outcome evaluation</i> tim bedah terhadap surgical safety checklist di instalasi bedah sentral RSUD A. Makkasau.....	113
4.4	Hasil dari survei kuesioner <i>attitude Toward The Behavior</i> tim bedah terhadap surgical safety checklist di instalasi bedah sentral RSUD A. Makkasau.....	115
4.5	Hasil dari survei kuesioner <i>normative belief</i> tim bedah terhadap surgical safety checklist di instalasi bedah sentral RSUD A. Makkasau.....	115
4.6	Hasil dari survei kuesioner <i>motivasi on comply</i> tim bedah terhadap surgical safety checklist di instalasi bedah sentral RSUD A. Makkasau.....	116
4.7	Hasil dari survei kuesioner <i>subjektif norm</i> tim bedah terhadap surgical safety checklist di instalasi bedah sentral RSUD A. Makkasau.....	118
4.8	Hasil dari survei kuesioner <i>control beliefs</i> tim bedah terhadap surgical safety checklist di instalasi bedah sentral RSUD A. Makkasau.....	118
4.9	Hasil dari survei kuesioner <i>perceived power</i> tim bedah terhadap surgical safety checklist di instalasi bedah sentral RSUD A. Makkasau.....	119
4.10	Hasil dari survei kuesioner <i>perceived behavioral control</i> tim bedah terhadap surgical safety checklist di instalasi	

4.11	bedah sentral RSUD A. Makkasau.....	120
4.12	Hasil dari survei observasi kepatuhan tim bedah terhadap penerapan surgical safety checklist pada tindakan pembedahan di IBS RSUD. A. Makkasau.....	121
	Hasil dari survei studi dokumentasi kepatuhan tim bedah terhadap penerapan surgical safety checklist pada tindakan pembedahan di IBS RSUD. A. Makkasau.....	123

DAFTAR GAMBAR

Bagan	Teks	Halaman
2.1	Checklist Keselamatan Bedah WHO 2009.....	21
2.2	Theory of planned behavior.....	65
2.3	Kerangka teori.....	88
3.1	Kerangka konsep.....	92
3.2	Pelaksanaan evaluasi.....	103
3.3	Alur penelitian	108

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

Singkatan	penjelasan
AB	Sikap terhadap kepatuhan penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i>
b	Keyakinan penerapan <i>surgical safety checklist</i> dalam tindakan pembedahan akan menghasilkan konsekuensi (i)
e	Evaluasi terhadap konsekuensi (i)
i	Konsekuensi dari tingkah laku penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> .
SN	<i>Subjective norm</i>
n	Keyakinan normatif terkait dengan orang atau kelompok yang berpengaruh (<i>referant</i>)
m	Motivasi individu untuk mematuhi orang atau kelompok yang mempengaruhi (<i>motivation to comply</i>)
i	Orang atau kelompok yang berpengaruh (<i>referant</i>).
PBC	<i>perceived behavior control</i> .
Ci	<i>Control belief strength</i> , keyakinan bahwa I adalah faktor yang mendorong atau menghambat tingkah laku penerapan <i>surgical safety checklist</i> dalam tindakan bedah.
Pi	<i>perceived power</i> , persepsi tentang seberapa kuat pengaruh kontrol I dalam mendorong atau menghambat tingkah laku penerapan <i>surgical safety checklist</i> pada tindakan pembedahan.
i	Faktor pendorong atau penghambat tingkah laku penerapan <i>surgical safety checklist</i> dalam tindakan pembedahan.

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran	Isi Lampiran
Lampiran 1	Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 2	Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 3	Kuesioner
Lampiran 4	Observasi
Lampiran 5	Instrumen studi dokumentasi
Lampiran 6	Tabel pico

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan di rumah sakit maka pelaksanaan kegiatan *patient safety* rumah sakit sangatlah penting. Melalui kegiatan ini diharapkan terjadi penekanan/penurunan insiden sehingga dapat lebih meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit di Indonesia. Penanganan kesehatan pasien memerlukan kehati-hatian dan mematuhi prinsip dasar *patient safety*. Menurut *World Health Organization (WHO)* atau Badan Kesehatan Dunia adalah prinsip dasar perawatan kesehatan adalah *Patient safety* (WHO, 2017), yang diperingati pertama kali pada tanggal 17 September 2019. Melalui peringatan itu, WHO meluncurkan kampanye global untuk menciptakan kesadaran terhadap *patient safety* dan mendesak untuk menunjukkan komitmen mereka untuk membuat perawatan kesehatan lebih aman, karena sekitar 90% penanganan terkait cedera dan kecacatan yang meningkatkan risiko angka kematian mayoritas ditemukan di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (LaGrone et al., 2016).

Salah satu program *patient safety* adalah *surgical safety checklist*. Pada Juni 2008, WHO mempelopori peluncuran *surgical safety checklist* (T. G. Weiser & Haynes, 2018). Program ini bertujuan untuk mengurangi angka *morbiditas* dan *mortalitas* perioperatif (Hyman, 2017).

Surgical safety checklist diuji coba penggunaan di delapan rumah sakit di dunia dan mengumpulkan data pada sekitar 4000 pasien dari beragam kelompok. Mulai Oktober 2007-September 2008, hasilnya diterbitkan pada bulan Januari 2009 dan menunjukkan hasil bahwa pengaplikasian *checklist* Keselamatan Bedah ini berdampak positif seperti menurunkan angka komplikasi rawat inap (11,0-7,0%) dan kematian (1,5-0,8%). Daftar periksa keselamatan bedah dirancang terutama untuk mencegah kematian akibat kesalahan perioperatif (Hyman, 2017; Russ et al., 2015), dan pada tahun 2009 penerapan *checklist* keselamatan bedah mulai dilaksanakan di beberapa rumah sakit (Russ et al., 2014).

WHO melaporkan penggunaan *surgical safety checklist* berdasarkan data yang dikumpulkan pada tahun 2011 (2 tahun setelah publikasi WHO), Penggunaan daftar periksa mendekati 100% di Denmark, Prancis, Irlandia, Belanda dan Inggris, sementara itu 30 % lebih rendah di Kroasia, Siprus, Ceko Republik, Estonia, Yunani, Hungary, Latvia, Lithuania, Polandia (Weiser & Haynes, 2018). Sekarang lebih dari 4000 rumah sakit di dunia telah menerapkan *surgical safety checklist* atas saran dari WHO *checklist* tersebut dapat dimodifikasi sesuai keadaan setempat (Spendlhofer et al., 2015). Penerapan *surgical safety checklist* oleh tim bedah membantu meminimalkan kesalahan tindakan pembedahan. Pembedahan yang salah hanya dapat dicegah dengan kewaspadaan oleh tim bedah

(Rolston & Berger, 2018). Sikap dan budaya keselamatan oleh tim bedah juga dapat berperan dalam daftar periksa dan hasil pembedahan, kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* telah terbukti memiliki korelasi langsung dengan pengurangan morbiditas dan mortalitas (Hyman, 2017). Sejalan dengan temuan Santana (2016) juga menyebutkan, hasil penelitian yang dilaksanakan di beberapa rumah sakit menunjukkan sebagian besar perawat fungsional telah memanfaatkan *surgical safety checklist* keselamatan bedah sebelum dan sesudah melaksanakan prosedur bedah, perhatian tentang *patient safety* dan kepatuhan terhadap standar serta peraturan di ruang bedah meningkat pasca intervensi. Karena *checklist* dianggap mudah dan cepat untuk digunakan. Mereka juga percaya bahwa *surgical safety checklist* meningkatkan perbaikan yang signifikan dalam komunikasi yang mencerminkan kesesuaian prosedur. Hasil studi itu juga menunjukkan bahwa mekanisme penggunaan *surgical safety checklist* dilakukan untuk perbaikan dengan melibatkan multi profesi (dokter bedah, dokter anestesi, penata anestesi, dan perawat bedah). Penggunaan dan kepatuhan terhadap *checklist* keselamatan bedah menghasilkan penurunan 47% mortalitas dan morbiditas berkurang 36% pasca pembedahan (Weiser & Haynes, 2018). Dengan demikian keberhasilan tindakan pembedahan tidak hanya tergantung pada ahli bedah saja tetapi juga pada tim bedah dan disiplin atau kepatuhan

terhadap ketentuan peraturan yang berlaku (hetty Ismainar, 2015; Jörg A. et. al., 2019).

Meskipun diakui pentingnya penerapan *surgical safety checklist* oleh tim bedah untuk meminimalkan kesalahan dalam tindakan pembedahan, namun dalam praktiknya kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* yang dirilis WHO, 2009 penerapan juga dinilai masih tergolong rendah (Weiser & Haynes, 2018). Rendahnya penerapan *surgical safety checklist* oleh tim bedah juga didukung oleh studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare, pada 20 Agustus 2019 melalui wawancara dengan Kepala Ruangan Instalasi Bedah Sentral (IBS). Hasil wawancara tersebut menyimpulkan bahwa penerapan *surgical safety checklist* masih belum terlaksana 100%. Hasil ini disimpulkan berdasarkan pengamatan terhadap *form checklist* yang tidak terisi. Sedangkan, dari hasil wawancara kepada tiga orang perawat yang bertugas pada ruangan tersebut disimpulkan bahwa penerapan *surgical safety checklist* tidak rutin dilakukan. Penelitian WHO menunjukkan bahwa setiap tahun lebih dari 224 ratus juta prosedur bedah dilakukan di seluruh dunia dan diperkirakan rata-rata satu insiden komplikasi pasien (morbiditas dan mortalitas) dilaporkan setiap 35 detik dan insiden komplikasi pasien yang paling umum terkait dengan prosedur bedah (27%), kesalahan pengobatan (18,3%), dan infeksi terkait perawatan kesehatan (12,2%) (WHO, 2017).

Fakta dari hasil studi WHO, (2017). dengan tingginya jumlah operasi dan komplikasi yang ditimbulkan juga terlihat pada studi pendahuluan yang didapatkan dari dokumentasi tindakan pembedahan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare pembedahan dibagi dalam 4 kategori yaitu pembedahan khusus, besar, sedang, dan kecil dengan jumlah operasi pada bulan Januari-September 2016 terdapat 2.158 kasus (operasi khusus 64 kasus, operasi besar 641 kasus, operasi sedang 521 kasus operasi kecil 209 kasus). Sedang Pada bulan Januari-September 2017 terdapat 3.113 kasus (operasi khusus 185 kasus, operasi besar 1.166 kasus, operasi sedang 1.385 kasus dan operasi kecil 371 kasus). Pada bulan Januari-September 2018 terdapat 3920 kasus (operasi khusus 309 kasus, operasi besar 1673 kasus operasi sedang 1626 kasus, dan operasi kecil 312 kasus). Tingginya jumlah operasi yang dilaksanakan di RSUD A. Makkasau Kota Parepare dan masih rendahnya pelaksanaan surgical safety checklist di kamar bedah dapat berdampak terhadap pelayanan kesehatan fakta bahwa rendahnya *pelaksanaan surgical safety checklist* terlihat pada tingkat kejadian pasien yang mengalami Infeksi daerah operasi (IDO) mengalami peningkatan melebihi nilai standar IDO yaitu 2% pada bulan Januari 2019 yaitu sebesar 2.58%. Dari kasus infeksi daerah operasi (IDO) satu pasien yang didapatkan spons tertinggal di daerah abdomen sehingga diharuskan untuk melakukan tindakan pembedahan yang kedua kali dan memperpanjang hari rawat.

Infeksi di rumah sakit "*Hospital-Acquired Infections*" merupakan persoalan serius karena dapat menjadi penyebab langsung maupun tidak langsung kematian pasien. Walaupun tak berakibat kematian, pasien dirawat lebih lama sehingga pasien harus membayar biaya rumah sakit yang lebih banyak (Kemenkes, 2017). Tertinggalnya spons dalam tindakan pembedahan pernah terjadi pada kasus lain. Seorang pasien di California yang dirawat di *Mercy Medical Center Redding* dilaporkan meninggal saat spons bedah tertinggal di perutnya saat menjalani operasi. Pasien yang tidak disebutkan namanya ini pada awalnya melakukan operasi untuk memotong pembuluh darah yang tersumbat di perut bagian bawah. Operasi ini sebenarnya memiliki risiko yang rendah. Tetapi untuk pasien ini, salah perhitungan spons bedah terbukti berakibat fatal. Dikutip dari *Daily Mail*, spons yang terlupakan ini menyebabkan infeksi di perut pasien dan membuatnya menderita serangan jantung sebelum meninggal karena infeksi 10 hari setelah operasi. Spons bedah adalah barang paling sering tertinggal di tubuh pasien saat operasi. Faktanya, benda yang tertinggal pada tindakan pembedahan terjadi pada 1.500 pasien dan dua pertiga di antaranya adalah spons bedah (Khadijah, 2019).

Kesalahan intraoperatif sering terjadi dalam operasi, alat bedah yang tertinggal di dalam tubuh pasien tercatat sebagai kesalahan serius paling sering terjadi, seperti jarum jahit yang tertinggal, dan spon yang tertinggal yang dapat mengakibatkan infeksi dan sangat merugikan bagi

pasien (Rolston & Berger, 2018 ; Kemenkes, 2017).. Sedang hasil studi gawande, (2003) dikutip dari Abbott et al., (2018) menyatakan kesalahan tindakan pembedahan diakibatkan terhadap perilaku negatif tim bedah. Secara prinsip, kejadian infeksi sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi. Pelayanan kesehatan salah satunya adalah perawat. Perawat yang berperan dalam pencegahan infeksi yaitu mengetahui kebijakan dan menerapkan prosedur kerja, pencegahan infeksi, dan mematuhi dalam pekerjaan sehari-hari seperti melakukan dokumentasi baik itu pencucian, dan sterilisasi alat instrumen, penghitungan spon saat operasi dengan prinsip yang benar merupakan proses untuk mengurangi resiko transmisi infeksi dari instrumen dan alat lain pada klien (kemenkes, 2017). Hasil penelitian Weiser menunjukkan angka ILO mengalami penurunan setelah dilakukan penelitian dengan menggunakan *surgical safety checklist*. Angka ILO turun dari 11,2% menjadi 6,6% dan risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml turun dari 20,2% menjadi 13,2% (Thomas G. Weiser et al., 2008)

Badan Kesehatan dunia (WHO) telah menunjukkan keberhasilan dalam mengurangi terjadinya efek samping, termasuk operasi salah insisi dan komplikasi intraoperatif termasuk kejadian tromboemboli dan spons yang tertinggal dan jarum yang tertinggal. Penerapan *surgical safety checklist* merupakan protokol yang menstandarisasi tindakan tim

bedah dalam pembedahan yang dapat berdampak pada penurunan kejadian mortalitas dan morbiditas (Thomas G. Weiser et al., 2008). Dari komplikasi pasien (tertinggalnya spon di daerah abdomen) dapat dicegah jika pelaksanaan format *surgical safety checklist* dilaksanakan dengan benar. Dikarenakan pelaksanaan perhitungan instrumen, jarum, dan kasa di instalasi bedah sudah mempunyai *checklist* tersendiri berupa rekaman asuhan keperawatan perioperatif dimana perhitungan pertama asuhan keperawatan perioperatif (sebelum operasi) dan tambahan selama operasi dilakukan. Perawat memberitahukan secara lisan kepada tim mengenai kelengkapan instrumen dan spons (WHO, 2009). Sehingga tidak ditemukan pasien yang mengalami kejadian seperti tertinggalnya spons atau alat instrumen pasca pembedahan.

Studi awal juga menunjukkan tingginya IDO di dukun hasil wawancara dengan bagian sterilisasi mengatakan bahwa mesin yang ada di rumah sakit untuk mensterilkan alat instrumen kadang rusak yang berdampak pada sterilisasi alat instrumen yang kurang baik sehingga dapat berdampak pada pasien yaitu IDO. Sedang menurut Kemenkes, (2017), kegagalan manajemen sterilisasi dapat mengakibatkan infeksi yang serius dan fatal. seperti sterilisasi peralatan medis, sarung tangan dan perkakas lainnya, akibat tidak sterilnya alat instrumen dengan demikian berdampak pada hari rawat inap yang berkepanjangan dan data pasien terkait lama perawatan pasien tahun 2018 lebih dari 48 jam sebanyak 44 kasus. Sedang pasien meninggal dengan lama hari

perawatan lebih dari 48 jam sebanyak 34 kasus. Januari–juli 2019 dengan pasien keluar meninggal lebih dari 48 jam sebanyak 9 kasus. Tingginya angka komplikasi pasien akibat tindakan pembedahan seharusnya menjadi perhatian kesehatan, dikarenakan 50% dari komplikasi pasien selama perawatan dapat dicegah jika standar dasar tertentu perawatan diikuti (Anwer, et,al, 2016).

Hasil survei Gawande, (2003) dikutip dari Cochrane, et al., (2018), ketika mempelajari operasi yang salah dan kesalahan yang dilaporkan oleh ahli bedah, menemukan bahwa tidak terstrukturanya kerja tim komunikasi yang tidak efektif antara tim bedah merupakan kegagalan yang berperan dalam kesalahan pembedahan. Faktor-faktor yang mempengaruhi kegagalan dalam tindakan pembedahan adalah budaya keselamatan pasien yang mencerminkan sikap dan nilai pelaksanaan. Sikap memiliki tendensi terhadap terjadinya perilaku Secara umum tim bedah mampu bersikap positif tentang *surgical safety checklist* terhadap perilaku kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* dan didukung kuat oleh pimpinan serta teman sejawat dan tersedianya fasilitas dan penerapan *surgical safety checklist* yang optimal dirasakan tim bedah akan membentuk niat yang lebih kuat dalam menerapkan *surgical safety checklist* untuk terlibat dalam perilaku kepatuhan *penerapan surgical safety checklist* (Hadi, 2017;Gawande, 2011; Abrahamse, 2019).

Masih rendahnya kesadaran tim bedah dalam menerapkan budaya keselamatan pasien salah satunya adalah kepatuhan penerapan

surgical safety checklist dalam tindakan pembedahan yang dapat membahayakan bagi pasien bedah. Hal ini tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit yang menuntut penerapan *surgical safety checklist* di kamar operasi harus 100% untuk mengeliminasi masalah yang mengkuatirkan dan kemungkinan kekeliruan yang harus diselesaikan dalam tindakan pembedahan (SNARS, 2018). Maka dari itu pentingnya perilaku kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* terhadap proses perawatan dengan memastikan bahwa tugas-tugas spesifik diselesaikan dan secara tidak langsung dengan meningkatkan komunikasi di antara tim multidisiplin dan memberikan perilaku positif terhadap tim bedah pada tiap tindakan pembedahan untuk meminimalkan kesalahan tindakan pembedahan dalam pengembangan mutu pelayanan kesehatan (Hyman, 2017). Berdasarkan peraturan menteri kesehatan tahun 2011 dikutip dari Hadi, (2017), mengemukakan meningkatkan komunikasi yang efektif, yaitu komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dipahami akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan *patient safety*.

Budaya keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam institusi kesehatan, budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran dan praktek. Budaya keselamatan pasien menjadi masalah signifikan bagi organisasi kesehatan yang

berusaha untuk meningkatkan *patient safety*. Organisasi perlu untuk mengubah budaya karyawan untuk dengan mudah melakukan hal yang benar dan tidak melakukan kesalahan dalam perawatan pasien (Hadi, 2017).

Secara teori perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru melalui tahap-tahap yakni, pengetahuan (*knowledge*) baru, sikap (*attitude*), kemudian praktik. Faktor-faktor yang memegang peranan dalam dalam pembentukan perilaku adalah faktor internal dan eksternal (Manuntung, 2019). Sedang menurut ajzen faktor-faktor yang mempengaruhi niat perilaku manusia dibentuk oleh tiga jenis komponen, yaitu pertama sikap (*attitude*) adalah evaluasi perilaku yang menguntungkan atau tidak menguntungkan. Kedua norma subyektif (*normative beliefs*) adalah tekanan yang dirasakan untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku, dan yang ketiga kontrol perilaku (*perceived behavioral control*) adalah seberapa mudah atau sulit melakukan suatu perilaku (Record, Harrington et al., 2018)

Perilaku merupakan landasan kepatuhan dan sebagai acuan tugas bagi satuan kerja. Kepatuhan merupakan landasan hukum yang jelas untuk melaksanakan fungsi tugas dan tanggung jawab sesuai bidang pekerjaannya (IBI, 2018). Kepatuhan merupakan modal dasar seseorang berperilaku, terutama yang berkaitan erat dengan *patient safety*. Perubahan sikap dan perilaku individu diawali dengan proses patuh (Alhamda, 2014). Untuk memastikan penerapan budaya

kepatuhan (penerapan *surgical safety checklist*) dilakukan beberapa kegiatan salah satunya adalah pengukuran penerapan budaya kepatuhan kepada seluruh pegawai (IBI, 2018). Untuk tujuan ini, mengimplementasikan format *surgical safety checklist* oleh tim bedah berdasarkan model psikologis telah menganjurkan kebutuhan untuk menerjemahkan teori ke dalam praktik serta dapat memberikan wawasan ke dalam apa yang memotivasi orang untuk terlibat dalam perilaku dan apa yang mencegah orang melakukannya (Malik et al., 2017; Abrahamse, 2019). Dengan menerapkan teori psikologi sosial peneliti dapat memanfaatkan agresi, sikap, kepribadian, dan literatur lainnya.

Dari semua teori psikologi sosial yang relevan mungkin hanya beberapa yang secara konsisten telah diterapkan pada penelitian kesehatan antara lain adalah *Theory of planned behavior* (teori perilaku terencana). telah diberikan pengujian empiris yang cukup (Barlett, 2019). *Theory of Planned behavior* (TPB) membantu untuk memahami dan menjelaskan jenis perilaku (Zheng et al., 2017), yang menekankan pentingnya mengubah "niat umum" untuk melakukan perilaku kesehatan (Abbott et al., 2018), dan hubungannya dengan *attitude* (pandangan positif atau negatif dari perilaku), *subjective norm* (persepsi tekanan sosial untuk melakukan perilaku) dan *perceived behavior control* (kontrol seseorang untuk melakukan perilaku) (Barlett, 2019). *Theory Of Planned Behavior* menjadi model yang sangat kuat dan

prediktif untuk menjelaskan perilaku manusia. Itulah mengapa bidang kesehatan dan gizi telah menggunakan model ini sering dalam studi penelitian mereka (Manuntung, 2019). Teori ini memberikan kerangka kerja yang intensif untuk memahami faktor-faktor penentu intensitas tertentu niat dan perilaku. Teori ini mengasumsikan bahwa perilaku adalah fungsi dari niat orang untuk melakukan perilaku, yang pada gilirannya ditentukan oleh tiga set keyakinan: keyakinan perilaku, keyakinan normatif dan keyakinan control (Abrahamse, 2019).

Theory of Planned Behavior (TPB) dalam penelitian ini digunakan sebagai landasan teori untuk melihat pengaruh sikap terhadap perilaku atau sikap tim bedah terhadap *surgical safety checklist* dan kepatuhan tim bedah melaksanakan *surgical safety checklist* di setiap tindakan pembedahan. *Theory of Planned Behaviour* memandu pencarian untuk memahami individu melakukan atau tidak melakukan yang berhubungan dengan perilaku (kepatuhan penerapan *surgical safety checklist*) dan mengidentifikasi informasi yang diperlukan untuk merancang strategi yang efektif terkait intervensi apa yang akan dilaksanakan sehingga individu berperilaku positif. Dengan demikian *theory of planned behaviour* membantu menjelaskan perilaku positif dan bagaimana mengembangkan cara yang lebih efektif untuk mempengaruhi dan mengubah perilaku (Zheng et al., 2017). Kunci dari teori ini adalah konsep tindakan beralasan. Seorang perlu memahami

atau berpikir secara logis mengenai suatu perilaku yang ditentukan (Bensley, R. & Fisher, 2009).

Tingginya tindakan pembedahan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare dan rendahnya kepatuhan penerapan format *surgical safety checklist* di kamar bedah, menunjukkan masih rendahnya kesadaran tim bedah dalam menerapkan budaya keselamatan pasien yang dapat menimbulkan permasalahan baik morbiditas dan mortalitas. Olehnya karena itu peneliti melihat permasalahan yang muncul dan sangat pentingnya penerapan *surgical safety checklist* terhadap pelaksanaan prosedur bedah, yang dapat memberikan standar kegiatan tim bedah dalam meminimalkan kesalahan tindakan pembedahan (perilaku positif) dalam pengembangan mutu pelayanan kesehatan, maka peneliti tertarik untuk menganalisa kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* dengan pelaksanaan operasi bedah di rumah sakit?

B. Rumusan Masalah.

Patient safety adalah prinsip dasar perawatan kesehatan. untuk membuat perawatan kesehatan lebih aman (WHO, 2017). Sasaran *patient safety* yang dimaksud diantaranya adalah memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, dan pembedahan pada pasien yang benar (Permenkes, 2017). WHO meluncurkan *Surgical Safety Checklist*, yang bertujuan mengurangi komplikasi, menciptakan suasana komunikasi yang efektif antara tim bedah dalam tindakan pembedahan dan menurunkan angka kematian (Haugen et al.,

2015;Weiser & Haynes, 2018). Namun langkah-langkah kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* ini masih sering diabaikan oleh individu (perawat, anestesi dan operator) (Anwer M & Muneer N, 2016). di RSUD A. Makkasau Parepare sehingga dapat menimbulkan komplikasi maupun kematian.

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimana kepatuhan tim bedah (dokter bedah, anestesi,perawat bedah,bidan) dalam penerapan *surgical safety checklist* dengan pelaksanaan operasi bedah di Instalasi Bedah Sentral RSUD. Andi Makkasau kota Parepare”?

C. Tujuan penelitian.

Adapun tujuan dari penelitian ini yakni mengetahui kepatuhan tim bedah (dokter bedah, anestesi, perawat, bidan) berdasarkan *theory of planned behavior* yaitu *attitude toward the behavior*, *normative beliefs*, dan *perceived behavioral control* dalam rangka penerapan *surgical safety checklist* pada pasien bedah di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

D. Orisinalitas Penelitian.

Penerapan format *surgical safety checklist* WHO 2009 oleh tim bedah membantu meminimalkan kesalahan tindakan pembedahan. Pembedahan yang salah hanya dapat dicegah dengan kewaspadaan oleh tim bedah (Rolston & Berger, 2018). Dengan demikian keberhasilan tindakan pembedahan tidak hanya tergantung pada ahli

bedah saja tetapi juga pada anestesi, perawat, dan disiplin keilmuan yang lain nilai pelaksanaan kepatuhan terhadap ketentuan peraturan yang berlaku berlaku (hetty Ismaniar, 2015;Jörg A. et. al., 2019). Namun, fakta ketidakpatuhan penerapan *surgical safety checklist* dan tingginya angka operasi bedah di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare yang dapat menimbulkan permasalahan yang kompleks baik komplikasi maupun kematian.

Penelitian tentang kepatuhan Penerapan *surgical safety checklist* Menggunakan landasan teori *Theory of planned behavior* (teori perilaku terencana) diukur dengan menggunakan instrument *Standard Theory of Planned Behavior Questionnaire* (Ajzen & Icek Ajzen, 2006) dan format *surgical safety checklist* WHO 2009 yang sudah di translate kedalam Bahasa indonesia (SNARS, 2017). Oleh karena itu, orisinalitas penelitian ini adalah yaitu analisis kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* pada pasien bedah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bagian ini akan diuraikan mengenai algoritma pencarian, tinjauan penerapan *surgical safety checklist*.

A. Algoritma Pencarian

Pencarian literatur menggunakan kriteria inklusi yaitu jurnal *peer review*, teks berbahasa Inggris; *scholarly journal*; pencarian dibatasi dari tahun 2016 sampai dengan 2020 kata kunci dalam pencarian yaitu “*Surgical Team, WHO surgical safety checklist, implementation compliance*”. Pencarian menggunakan database elektronik yang diperoleh dari Pubmed 16 artikel, ScienceDirect 254 artikel, Proquest 140 artikel, dan Scholar.google 2 artikel. Judul dan *abstrak* diutamakan dinilai, demi meningkatkan relevansi untuk direview. Setelah literature terkumpul, dianalisis satu persatu, dan dikelompokkan berdasarkan masing-masing metodologi penelitian peneliti mendapatkan 23 artikel yang relevan.

B. Patient Safety.

1. Definisi Patient Safety.

Patient safety adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi *Risk Assessment*, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko tindakan pembedah yang disebabkan oleh kesalahan tindakan pembedahan dan bertujuan

untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes, 2017). *Patient safety* adalah adanya bahaya yang dapat dicegah untuk pasien selama proses perawatan kesehatan dengan menerapkan budaya disiplin kerja. Disiplin *patient safety* adalah upaya terkoordinasi untuk mencegah bahaya, yang disebabkan oleh proses perawatan kesehatan itu sendiri, dari yang terjadi pada pasien selama sepuluh tahun terakhir (Kementerian Kesehatan RI, 2015). *Patient safety* saat ini menjadi perhatian utama di dunia dikarenakan layanan kesehatan yang tidak aman dan tingkat kualitas pelayanan kesehatan yang dinilai masih rendah terutama di negara yang berpenghasilan menengah ke bawah yang dapat membahayakan bagi pasien (WHO, 2017).

2. Standar nasional *patient safety* .

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pasal 43 ayat (1) mewajibkan Rumah Sakit menerapkan standar *patient safety*, yang dimaksud dengan *patient safety* adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya

risiko. Standar *patient safety* tersebut menurut Pasal 43 ayat (2) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan. Yang dimaksud dengan insiden *patient safety* adalah kesalahan medis (*medical error*), kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*), dan nyaris terjadi (*near miss*) (permenkes, 2009).

Untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit, Menteri Kesehatan menurut Pasal 3 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang *patient safety* Rumah Sakit, membentuk Komite Nasional *patient safety* Rumah Sakit. Komite Nasional tersebut merupakan organisasi non struktural dan independen dibawah koordinasi direktorat jenderal yang membidangi rumah sakit, serta bertanggung jawab kepada Menteri. Keanggotaan Komite ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan atas usulan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Jumlahnya 11 orang yang terdiri dari unsur Kementerian Kesehatan, asosiasi perumahsakit dan pakar rumah sakit. Tugas Komite adalah memberikan masukan dan pertimbangan kepada Menteri Kesehatan dalam rangka penyusunan kebijakan nasional dan peraturan *patient safety* Rumah Sakit. Rumah Sakit dan tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit wajib melaksanakan

program dengan mengacu pada kebijakan nasional Komite Nasional *patient safety* Rumah Sakit (Permenkes, 2011).

Dalam menerapkan Standar *patient safety* maka rumah sakit harus melaksanakan Tujuh Langkah *patient safety*. Mengacu kepada standar *patient safety*, maka rumah sakit harus mendesain (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis setiap insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta *patient safety* (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Tujuh Langkah Menuju *patient safety* Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. Membangun kesadaran akan nilai *patient safety*.
- b. Pimpin dan dukung staf anda.
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
- d. Kembangkan sistem pelaporan.
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang *patient safety*
- g. cegah cedera melalui implementasi sistem *patient safety* .

Tujuh langkah *patient safety* rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif dalam menerapkan *patient safety* , sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak

harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan (Kemenkes, 2015).

3. Sasaran *patient safety* Rumah Sakit.

Program sasaran *patient safety* yang dibuat oleh tim akreditasi wajib dikomunikasikan dan diinformasikan ke seluruh staf rumah sakit diantaranya, ketepatan dalam identifikasi pasien, komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi pada pelayanan kesehatan dan risiko pasien jatuh dan syarat yang harus diterapkan di semua rumah sakit. Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal *patient safety* (Kemenkes, 2015;SNARS, 2017).

Program sasaran tersebut diantaranya termasuk pelayanan pembedahan dimana kemungkinan *medical error* yang terjadi di ruang operasi yaitu salah lokasi operasi, salah pasien, salah prosedur, oleh karena komunikasi tidak adekuat dan tidak jelas antar anggota tim operasi. Selain itu beberapa masih kurang/tidak melibatkan pasien yang akan dioperasi untuk membantu dalam penandaan bagian yang akan dioperasi dan tidak ada alat atau cara untuk mengkonfirmasi ulang lokasi operasi, penilaian pasien kurang

lengkap, verifikasi ulang catatan medis sebelum prosedur dilakukan tidak maksimal oleh tim operasi (Sumadi, 2013).

Pemerintah Indonesia membentuk komite rumah sakit yang dinamai KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) dibawah Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang nantinya akan menyusun Standar *patient safety* Rumah Sakit yang kemudian menjadi salah satu Standar Akreditasi Rumah Sakit untuk pelayanan di seluruh Indonesia. Dengan banyaknya kebijakan dan aturan yang dikeluarkan harusnya mendorong rumah sakit berbenah diri dan meningkatkan pelayanan *patient safety*. Walaupun dari pihak pasien, peraturan *patient safety* tidak wajib diketahui mereka karena fokus prioritas pasien adalah pelayanan yang akan memberikan kesembuhan. Sosialisasi peraturan di rumah sakit penting dilakukan oleh rumah sakit kepada seluruh tenaga profesional dan staf rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan dengan konsep *patient safety* (Permenkes, 2017;SNARS, 2017).

4. Tujuan *patient safety*.

Menurut Hadi, (2017), pengaturan *patient safety* bertujuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan fasilitas kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dibutuhkan tindakan

komprehensif dan responsif terhadap kejadian tidak diinginkan di fasilitas pelayanan kesehatan agar kejadian serupa tidak terulang kembali. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan *patient safety*. Penyelenggaraan *patient safety* tersebut dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan, yang menerapkan:

- b. Standar *patient safety*.
- c. Tujuh langkah menuju *patient safety*.
- d. Sasaran *patient safety* (PMK. No. 11 Tahun 2017).

C. Tinjauan *surgical safety checklist* WHO 2009

1. *Surgical Safety Checklist*.

Surgical safety checklist yang disusun oleh WHO atau *surgical safety checklist* digunakan melalui 3 tahap masing-masing sesuai dengan alur waktu yaitu sebelum induksi anestesi (*sign in*). Sebelum insisi kulit (*time out*) serta periode selama atau segera setelah penutupan luka dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*sign out*) yang terdiri dari 19 item dan yang diperkenalkan di *Pan American Health Organization headquarters in Washington, D.C.,* Amerika Serikat dan merupakan salah satu program *Safe*

Surgery Saves Lives untuk meningkatkan keamanan perawatan bedah (WHO, 2017; Weiser & Haynes, 2018).

Checklist Keselamatan Bedah yang disusun oleh WHO dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

The image shows the 'Surgical Safety Checklist (First Edition)' from the World Health Organization. It is divided into three main sections: 'Before induction of anaesthesia', 'Before skin incision', and 'Before patient leaves operating room'. Each section contains a list of items to be checked, with checkboxes for 'Yes', 'No', or 'Not Applicable'.

Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
SIGN IN <input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED + 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: KNOWN ALLERGY? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED	TIME OUT <input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM + PATIENT + SITE + PROCEDURE ANTICIPATED CRITICAL EVENTS <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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	SIGN OUT NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM: <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 2.1

CheckList Keselamatan Bedah WHO 2009.

2. Tujuan dan manfaat *surgical safety checklist*.

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

Manfaat dari *surgical safety checklist* dalam membantu komunikasi tim bedah antara lain:

- a. *Surgical safety checklist* disusun untuk membantu tim bedah untuk mengurangi angka KTD.

Banyaknya KTD yang terjadi akibat pembedahan mengakibatkan WHO membuat program *surgical safety checklist* untuk mengurangi KTD. Dalam praktiknya *surgical safety checklist* bermanfaat untuk mengurangi angka kematian dan komplikasi, penelitian menunjukkan angka kematian dan komplikasi berkurang setelah digunakan *surgical safety checklist*. Penelitian Haynes menunjukkan angka kematian berkurang 47% dan angka komplikasi berkurang 36% (Weiser & Haynes, 2018).

- b. Menurunkan *surgical site infection* dan mengurangi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml.

Penelitian Weiser menunjukkan angka ILO mengalami penurunan setelah dilakukan penelitian dengan menggunakan *surgical safety checklist*. Angka ILO turun dari 11,2% menjadi 6,6% dan risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml turun dari 20,2% menjadi 13,2% (Thomas G. Weiser et al., 2008).

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

Vries pada penelitiannya tentang '*a surgical Patient safety system*' menghasilkan penerapan *surgical safety checklist* pre

operasi menghasilkan waktu yang lebih lama dari 23,9-29,9 menjadi 32,9 menit, akan tetapi jumlah pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit menurun sebesar 6% (Vries et al., 2009).

- d. Fungsi yang paling umum adalah menyediakan informasi yang detail mengenai kasus yang sedang dikerjakan, konfirmasi detail, penyuaaran fokus diskusi dan pembentukan tim (Lingard et al. 2005).
- e. Penggunaan *checklist* kertas merupakan salah satu solusi karena *checklist* kertas dapat disediakan dengan cepat dan membutuhkan biaya sedikit, selain itu *checklist* kertas juga dapat disesuaikan ukuran dan bentuknya sesuai dengan kebutuhan serta tidak memerlukan penguasaan teknologi yang tinggi untuk mengisinya (Verda Asdonk, et al. 2009).

3. Pelaksanaan *surgical safety checklist*.

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

Implementasi *surgery safety checklist* memerlukan seorang koordinator untuk bertanggung jawab untuk memeriksa *checklist*. Koordinator biasanya seorang perawat atau dokter atau profesional kesehatan lainnya (WHO, 2009). Sedang menurut Potter & Perry, (2013) Perawat sirkulasi merupakan tenaga perawat yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan tindakan pembedahan salah satu peran perawat sirkulasi adalah memeriksa dengan menggunakan formulir *checklist*. Pada setiap fase, koordinator *checklist* harus diizinkan untuk mengkonfirmasi bahwa tim telah menyelesaikan tugasnya sebelum melakukan kegiatan lebih lanjut. Koordinator memastikan setiap tahapan tidak ada yang terlewat, bila ada yang terlewat, maka akan meminta operasi berhenti sejenak dan melaksanakan tahapan yang terlewat (WHO, 2009).

Proses penerapan *surgical safety checklist* WHO 2009 dibagi tiga tahap yaitu:

a. *Sign in (Briefing Phase)*

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

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

Rincian untuk setiap langkah-langkah *surgical safety checklist (Sign in)* adalah sebagai berikut:

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

a) Sisi yang akan dioperasi sudah ditandai.

Menurut Clarke, et al. 2007. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesalahan operasi salah sisi terletak pada tahap *sign in*, untuk itu tahapan ini harus konsisten dijelaskan.

b) Obat dan mesin anestesi telah diperiksa secara lengkap

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

c) Pulse Oksimetri pada pasien berfungsi.

Dokter anestesi memasang peralatan oksimetri pada pasien dan berfungsi dengan benar sebelum induksi anestesi dan indikatornya dapat dilihat pada layar monitoring oleh seluruh team operasi. Pulse oksimetri merupakan alat non invasif yang berguna untuk memberikan perkiraan kejenuhan oksihemoglobin arteri (SaO₂) dengan memanfaatkan panjang gelombang cahaya untuk menentukan saturasi oksihemoglobin (SpO₂) tapi tidak dapat menentukan metabolisme atau jumlah oksigen yang digunakan pasien. Batas normal adalah 95-100% meskipun nilai turun sampai 90% masih dianggap nilai normal pada orang sehat (WHO, 2009).

d) Apakah pasien memiliki Alergi?

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

e) Apakah pasien memiliki kesulitan bernafas atau mempunyai resiko aspirasi?

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

2) Apakah pasien memiliki resiko kekurangan darah lebih dari 500 ml?

Pasien yang mempunyai resiko perdarahan lebih dari 500 ml dipersiapkan dari sehari sebelum dilakukan operasi. Dokter anestesi akan mempersiapkan langkah langkah di ruang operasi dengan memakai infus dua jalur dan

memastikan ketersediaan darah dan cairan untuk resusitasi. Volume kehilangan darah yang cukup besar merupakan salah satu dan paling umum yang membahayakan pasien saat operasi. Resiko syok hipovolemik meningkat ketika kehilangan darah melebihi 500 ml (WHO, 2009).

b. *Time out (Time out Phase)*

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

Rincian untuk setiap langkah-langkah *surgical safety checklist (Time out)* adalah sebagai berikut:

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

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

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

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

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

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

Untuk memastikan komunikasi mengenai isu pasien kritis, selama *time out* koordinator *checklist* memimpin diskusi singkat antara operator, staf anestesi dan staf perawat mengenai rencana bahaya dan operasi. Ini dapat dilakukan

dengan pertanyaan sederhana kepada setiap anggota tim. Selama prosedur rutin, operator dapat menentukan pernyataan sederhana, “ Ini seperti kasus biasa dengan durasi X” dan kemudian menanyakan kepada professional anestesi dan perawat jika mereka mempunyai pertimbangan tertentu (WHO, 2009).

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

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

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

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

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

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

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

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

- 8) Penempatan pencitraan Pencitraan penting untuk memastikan rencana yang sesuai dan melibatkan banyak

operasi, termasuk bedah tulang, spinal, prosedur thorakal dan banyak reseksi tumor.

Selain *time out* koordinator harus menanyakan kepada operator apakah perlu pencitraan. Jika iya, koordinator harus mengkonfirmasi secara verbal mengenai pencitraan yang ada di ruangan dan selalu diletakan selama operasi. Jika pencitraan dilakukan tetapi tidak dipasang, maka harus diambil. Operator harus memutuskan apakah proses dapat dilakukan tanpa pencitraan, jika iya maka kotak pengisian dikosongkan. Jika tidak dibutuhkan, maka diisikan pada kolom tidak dapat diaplikasikan” (WHO, 2009).

c. *Sign out (Debriefing Phase)*

Sign Out merupakan bagian dimana seluruh tim (bedah dan anestesi) akan menilai akhir operasi yang sudah selesai dilakukan. Pengecekan kelengkapan pasca operasi seperti, kasa dan penghitungan alat-alat bedah, pemberian label pada spesimen 15 jaringan yang diambil, adanya kerusakan alat selama operasi dan masalah lain yang belum dan telah ditangani. Periode final dimana tim bedah dan anestesi merencanakan manajemen setelah operasi dan fokus perhatian pada manajemen pemulihan pasien dan disebutkan rencananya oleh operator dan dokter anestesi belum memindahkan pasien dari kamar operasi (WHO, 2009).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *surgical safety checklist (sign out)* adalah sebagai berikut:

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

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

- 2) Perhitungan instrument, jarum, dan kasa.

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

- 3) Jika ada spesimen harus dilakukan pelabelan

Perawat atau dokter bedah membuat label yang benar dari setiap spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membuat pengantar patologi dan menggambarkan bentuk dari spesimen, salah membuat label berpotensi bencana bagi pasien dan telah terbukti menjadi

sumber kesalahan pada pemeriksaan patologi anatomi (WHO, 2009).

4) Permasalahan berbagai peralatan.

Koordinator harus mengkonfirmasi masalah peralatan diidentifikasi oleh tim.

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

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

D. Proses keperawatan perioperatif.

Proses keperawatan perioperatif adalah prosedur tindakan pembedahan dimulai dari pra operasi, intra operasi, pasca operasi. Penilaian menyeluruh pasien sebelum operasi sangat penting untuk memastikan hasil optimal dalam tindakan pembedahan dan akan memberikan rencana perawatan khusus untuk pasien. Asuhan keperawatan perioperatif adalah kunci keberhasilan untuk setiap prosedur bedah (Krasnova, et.,al. 2020).

Menurut Vinod, Patel & John, (2011). prosedur perioperative yang tepat dari format *surgical safety checklist* bervariasi antara rumah sakit yang tetapi proses umumnya sama . Ada 3 langkah, yang meliputi:

1. Praoperatif.

Fase praoperatif adalah waktu sejak keputusan untuk operasi dilakukan, tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan. Aspek pertama yang dinilai adalah kesesuaian operasi, yang meliputi indikasi, kontraindikasi, risiko, komplikasi potensial, terapi alternatif opsi, dan waktu. Kondisi medis pasien harus diatasi yang berdampak terhadap resiko pasien, dan jika faktor-faktor risiko yang dapat dimodifikasi dapat diperbaiki, maka, prosedurnya harus ditunda. Juga, obat-obatan khusus yang digunakan haruslah dinilai dan, jika perlu, ditangguhkan atau diganti oleh orang lain jika mempengaruhi tindakan bedah, seperti agen antikoagulan (Correia, 2019;Muttaqin, 2009). Prosedur pre operatif dapat digunakan

menentukan target pada tindakan operasi yang optimal untuk manajemen perioperatif dalam perawatan pasien (Sanders et al., 2019).

Pemeriksaan bedah yang menangani penyakit primer, faktor risiko, dan morbiditas diperlukan dan ditinjau. Pemberdayaan pasien tercapai dengan pendidikan keluarga atau teman dekat mereka yang akan mendedikasikan waktu untuk mendukung pasien melalui periode perioperative (Correia, 2019).

2. Intra operatif.

Fase intraoperatif adalah suatu masa dimana pasien berada di meja pembedahan sampai ke ruang pulih sadar dan menuntut ahli bedah bersama dengan operasi staf ruang (ahli anestesi, perawat, teknisi, dll.) untuk memastikan proses kunci tersebut sebagai kepatuhan terhadap protokol daftar periksa keselamatan bedah (*surgical safety checklist*), lingkungan bedah yang memadai (rendah noise), posisi pasien yang baik, konfirmasi bahwa semua bahan yang dibutuhkan tersedia dan bekerja (gunakan daftar periksa), pembumian elektrokauter, suhu tubuh pasien mendatang dinilai dan dipertahankan, kontrol glukosa, dan profilaksis trombosis vena dalam. Aspek yang terkait dengan tindakan bedah juga sangat penting baik mengenai perlindungan keselamatan tim bedah (penggunaan kaca mata yang tepat) dan pasien (penghitungan spons, instrumen, dll.). Setelah prosedur selesai, konfirmasi

spesimen itu diberi label yang memadai dan dikirim ke departemen patologi adalah wajib, dan akhirnya menjamin bahwa transportasi ke tujuan pasien (ruang pemulihan, lantai, atau unit perawatan intensif) dilakukan dengan aman setelah berbicara dengan staf yang bertanggung jawab yang akan menerima pasien (Correia, 2019).

3. Pasca operatif.

Fase pasca operatif adalah suatu kondisi dimana pasien sudah masuk ke ruang pulih sadar sampai kondisi pasien sadar betul untuk dibawah ke ruang pulih sadar Periode perawatan pasca operasi mendaftarkan tanggung jawab ahli bedah dan lainnya profesional medis, staf keperawatan, ahli gizi, ahli terapi wicara, ahli terapi fisik, dan pasien / keluarga, antara lain, yang akan merawat pasien di lantai, itu unit perawatan intensif, atau unit lainnya. Sekali lagi, kondisi geografis secara keseluruhan harus diperiksa dan memadai untuk jenis dukungan yang diminta pasien. Untuk ujian pasien yang sangat gemuk memerlukan tempat tidur khusus, kursi, fasilitas toilet, dll pasien masih diintubasi, ini memerlukan perawatan ekstra dan persetujuan dari spesialis untuk menangani ekstubasi, terutama pada pasien berisiko tinggi itu wajib. Semua dokumentation yang berkaitan dengan fase ini harus akurat seperti pesanan lengkap, resep, dan peringatan. Sekali lagi, adopsi protokol membantu meminimalkan kesalahan (Correia, 2019;Muttaqin, 2009).

E. Tim bedah.

1. Definisi tim bedah.

Sebuah tim dapat didefinisikan sebagai kelompok yang terdiri dari dua individu atau lebih yang memiliki tujuan bersama, terdiri dari anggota yang masing-masing memiliki keterampilan khusus dan peran yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan bersama (Cochrane et al., 2018). Sedang prosedur bedah adalah tanggung jawab bersama di antara semua staf bedah termasuk ahli bedah, penyedia anestesi, dan perawat di ruang operasi (Krasnova et al., 2020).

2. Jenis tenaga dan uraian tugas tim bedah.

Tim bedah adalah ahli bedah bersama dengan dokter anestesi, penata anestesi, perawat bedah yang masing-masing memiliki keterampilan khusus dan peran yang berperan melakukan tindakan pembedahan untuk mencapai tujuan secara bersama-sama (Correia, 2019).

Untuk lebih jelasnya dapat mengenai tim bedah dan uraian tugas dapat diuraikan dibawah ini:

a. Dokter bedah.

Dokter/operator adalah dokter bedah merupakan orang yang dipercaya pasien dan keluarga untuk mengatasi permasalahan pasien. Sehingga dokter bedah bertanggung jawab atas akhir pembedahan (Muttaqin & Sari, 2009).

Model perawatan yang berpusat pada pasien, dipimpin dokter, dan berbasis tim telah ditunjukkan menghasilkan praktik operasi yang berkualitas tinggi, aman, andal, dan hemat biaya (Correia, 2019).

Dokter bedah sebagai kapten tim dituntut memiliki keterampilan teknis dan non teknis, memiliki keterampilan klinis berarti setiap anggota tim berkompeten dalam bidangnya masing-masing, memiliki keterampilan non teknis berarti setiap anggota tim dapat bekerja sama dalam tim. Setiap anggota tim dapat saling mendengarkan, saling mengingatkan, bertanya bila tidak jelas, menghormati dan menghargai, saling menolong, saling berbagi rasa dan pengalaman (Cahyono, 2008).

Dokter bedah sebagai kapten tim bertanggung jawab terhadap kelengkapan pemenuhan persyaratan baik prosedur medis dan administratif pada perioperatif. Dokter bedah harus menilai risiko yang dapat dihindari maupun yang tak dapat dihindari. Untuk mengantisipasi risiko yang dapat dihindari, mungkin perlu modifikasi perilaku pasien, seperti menurunkan berat badan, menghentikan kebiasaan merokok atau minum alkohol, sebelum dilakukan bedah elektif. Dilain pihak risiko yang tidak bisa dihindari harus dijelaskan kepada pasien atau prosedur tidak jadi dilakukan (Cahyono, 2008).

Spesialis bedah memiliki beberapa tugas penting dalam sebuah operasi. Selama menjalankan tugas di meja operasi, spesialis bedah membutuhkan keterampilan motorik yang baik untuk menggunakan instrumen bedah. Tingkat toleransi dan kesabaran sangat diperlukan, karena pembedahan dapat berlangsung berjam-jam, Ada beberapa tugas spesialis bedah yaitu (Cahyono, 2008):

- 1) Mempelajari rekam medis pasien dan meramalkan hasil setelah operasi.
- 2) Evaluasi terhadap kondisi fisik pasien sebelum memutuskan prosedur operasi.
- 3) Memastikan teater operasi dilengkapi dengan instrumen bedah yang diperlukan.
- 4) Memberikan informasi dan risiko terkait operasi kepada pasien.
- 5) Mengelola, merencanakan dan menjadwalkan operasi setelah mempelajari kondisi pasien.
- 6) Menyediakan semua yang diperlukan selama perawatan usai pembedahan.

b. Scrub nurse.

Scrub nurse atau perawat instrumen adalah memiliki tanggung jawab terhadap manajemen instrumen operasi pada setiap jenis pembedahan secara spesifik (Muttaqin & Sari, 2009).

Perawat Scrub atau yang di Indonesia dikenal sebagai perawat instrumen memiliki tanggung jawab terhadap manajemen instrument operasi pada setiap jenis pembedahan. Secara spesifik peran perawat instrumen adalah sebagai berikut (Potter & Perry, 2013):

1) Sebelum pembedahan

- a) Melakukan kunjungan pasien yang akan dibedah minimal sehari sebelum pembedahan untuk memberikan penjelasan/ memperkenalkan tim operasi.
- b) Menyiapkan operasi dalam keadaan siap pakai meliputi. kebersihan ruang operasi, meja mayo/ instrument, meja operasi lengkap, lampu operasi, mesin anestesi lengkap, suction pump, gas medis.
- c) Menyiapkan set instrumen steril sesuai jenis pembedahan menyiapkan cairan antiseptik/ desinfektan dan bahan-bahan sesuai keperluan pembedahan.

2) Saat pembedahan

- a) Memperingati “tim operasi steril” jika terjadi penyimpangan prosedur aseptik.
- b) Membantu mengenakan jas steril dan sarung tangan untuk ahli bedah dan asisten.
- c) Menata instrumen steril di meja mayo sesuai dengan urutan prosedur pembedahan.

- d) Memberikan bahan desinfeksi kulit yang akan disayat.
- e) Memberikan laken steril untuk prosedur draping.
- f) Memberikan instrument kepala ahli bedah sesuai urutan prosedur dan kebutuhan tindakan pembedahan secara tepat dan benar.
- g) Memberikan duk steril kepada operator, dan mengambil kain kasa yang telah digunakan dengan memakai alat.
- h) Menyiapkan benang jahitan sesuai kebutuhan, dalam keadaan siap pakai.
- i) Mempertahankan instrumen selama pembedahan dalam keadaan tersusun secara sistematis untuk memudahkan saat bekerja.
- j) Membersihkan instrumen dari darah pada saat pembedahan untuk mempertahankan sterilisasi alat dari meja mayor.
- k) Menghitung kain kasa, jarum dan instrumen.
- l) Memberitahukan hasil penghitungan alat, kain kasa dan jarum pada ahli bedah sebelum operasi dimulai dan sebelum luka ditutup.
- m) Menyiapkan cairan untuk mencuci luka.
- n) Membersihkan kulit sekitar luka setelah luka dijahit.
- o) Penyiapan bahan pemeriksaan laboratorium/patologi jika Ada.

- 3) Setelah pembedahan.
 - a) Memfiksasi drain dan kateter (jika terpasang).
 - b) Membersihkan dan memeriksa adanya kerusakan kulit pada daerah yang dipasang electrode (wajib dikerjakan).
 - c) Mengganti alat tenun, baju pasien dan penutup serta memindahkan pasien dari meja operasi ke kereta dorong.
 - d) Memeriksa dan menghitung semua instrumen sebelum dikeluarkan dari kamar operasi.
 - e) Memeriksa ulang catatan dan dokumentasi pembedahan dalam keadaan lengkap.
 - f) Membersihkan instrumen bekas dengan cara: pembersihan awal, merendam dengan cairan desinfektan yang mengandung deterjen, menyikat sela-sela engsel instrumen, membilas dengan air mengalir, dan mengeringkan.
 - g) Membungkus instrumen sesuai jenis macam, bahan, kegunaan, dan ukuran. Memasang indicator autoclave dan membuat label nama alat-alat (set) pada setiap bungkusan instrumen dan selanjutnya siap untuk disterilkan sesuai prosedur yang berlaku.
 - h) Membersihkan kamar operasi setelah tindakan pembedahan selesai agar siap pakai.

c. *Circulating nurse*.

Circulating nurse atau perawat *on loop* adalah perawat yang bertanggung jawab menjamin terpenuhinya perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen dan mengobservasi pasien tanpa menimbulkan kontaminasi terhadap area steril (Muttaqin & Sari, 2009).

Perawat sirkulasi merupakan tenaga perawat yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan tindakan pembedahan. Secara spesifik peran perawat instrumen adalah sebagai berikut (Potter & Perry, 2013)

1. Sebelum pembedahan:

- a) Menerima pasien yang akan dibedah.
- b) Memeriksa dengan menggunakan formulir "*checklist*" meliputi: kelengkapan dokumen medis, kelengkapan obat-obatan, cairan, alat kesehatan, persediaan darah (bila diperlukan).
- c) Meriksa persiapan fisik.
- d) Melakukan serah terima pasien dan perlengkapan sesuaikan *checklist* dengan perawat ruang rawat.
- e) Memberikan penjelasan ulang kepada pasien sebatas kewenangan tentang: tindakan pembedahan yang akan dilakukan, tim operasi yang akan menolong, fasilitas yang

ada di kamar bedah, antara lain lampu operasi dan mesin pembiusan dan tahap-tahap anestesi.

2. Saat Pembedahan

- a) Mengatur posisi pasien sesuai jenis pembedahan dan bekerja sama dengan petugas anestesi.
- b) Membuka set steril dengan memperhatikan teknik aseptik.
- c) Mengingatkan tim operasi jika mengetahui adanya penyimpangan penerapan teknik aseptik.
- d) Mengikat tali jas steril tim operasi.
- e) Membantu mengukur dan mencatat kehilangan darah dan cairan dengan cara mengetahui jumlah produksi urin, jumlah perdarahan, jumlah cairan yang hilang.

3. Setelah Pembedahan.

- a) Membersihkan dan merapikan pasien yang sudah selesai dilakukan pembedahan.
- b) Memindahkan pasien dari meja operasi di kereta dorong yang telah disediakan.
- c) Mengatur dan mencatat tanda-tanda vital.
- d) Mengukur tingkat kesadaran dengan cara memanggil nama pasien, memberikan stimulus, dan memeriksa reaksi pupil.
- e) Meneliti, menghitung dan mencatat obat-obatan serta cairan yang diberikan pada pasien.

- f) Memeriksa kelengkapan dokumen medis.
 - g) Mendokumentasikan tindakan keperawatan selama pembedahan.
 - h) Melakukan serah terima dengan perawat/petugas RR.
- d. Perawat anestesi/penata anestesi.

Perawat anestesi/penata anestesi adalah perawat dengan pendidikan perawat khusus anestesi, diploma anestesi, atau D-III Keperawatan yang mengikuti pelatihan atau asisten anestesi selama setahun dan berperan membantu dokter anestesi dan memastikan identitas pasien yang akan dibius dan melakukan medikasi praanestesi (Muttaqin & Sari, 2009).

Merupakan seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab dalam membantu terselenggaranya pelaksanaan tindakan pembiusan di kamar operasi. Uraian tugas anestesi antara lain (Potter & Perry, 2013):

- a) Sebelum pembedahan:
 - a) Melakukan kunjungan pra anestesi untuk menilai status fisik pasien sebatas tanggung jawabnya.
 - b) Menerima pasien di ruang penerimaan kamar operasi.
 - c) Menyiapkan alat dan mesin anestesi dan kelengkapan formulir anestesi.
 - d) Menilai kembali fungsi dan keadaan mesin dan kelengkapan formulir anestesi.

- e) Menilai kembali fungsi dan mesin anestesi dan alat monitoring.
 - f) Menyiapkan kelengkapan meja operasi.
 - g) Menyiapkan botol suction.
 - h) Mengatur posisi meja operasi sesuai tindakan operasi.
 - i) Memasang infus atau transfusi jika diperlukan.
 - j) Memberikan premedikasi sesuai program dokter anestesi.
 - k) Mengukur tanda vital dan menilai kembali kondisi fisik pasien.
 - l) Memindahkan pasien ke meja operasi dan memasang sabuk pengaman.
 - m) Menyiapkan obat-obatan bius dan membantu ahli anestesi dalam proses pembiusan.
- b) Saat Pembedahan:
- a) Membebaskan jalan nafas, dengan cara mempertahankan posisi endotracheal tube.
 - b) Memenuhi keseimbangan O₂ dan CO₂ dengan cara memantau flow meter pada mesin pembiusan.
 - c) Mempertahankan keseimbangan dengan cara mengukur dan memantau cairan tubuh yang hilang selama pembedahan antara lain: cairan lambung, cairan perut, urin, perdarahan.
 - d) Mengukur tanda vital.

- e) Memberi obat sesuai program pengobatan.
 - f) Melaporkan hasil pemantauan kepada dokter ahli anestesi/ bedah.
 - g) Menjaga keamanan pasien dari bahaya jatuh.
 - h) Menilai hilangnya efek obat anestesi pada pasien.
 - i) Melakukan resusitasi pada henti jantung.
- c) Setelah Pembedahan:
- a) Mempertahankan jalan nafas pasien.
 - b) Memantau tanda-tanda vital untuk mengetahui sirkulasi pernafasan dan keseimbangan cairan.
 - c) Memantau dan mencatat tentang perkembangan pasien perioperatif.
 - d) Menilai respon pasien terhadap efek obat anestesi.
 - e) Melengkapi catatan perkembangan pasien sebelum, selama dan sesudah pembiusan.

Anggota tim berkolaborasi satu sama lain dalam melaksanakan tindakan pembedahan dan karakteristik yang efektif yang harus dimiliki oleh anggota tim bedah adalah pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional dan menggambarkan karakteristik yang dimiliki tim bedah yang efektif dalam perawatan kesehatan adalah komitmen individu terhadap *patient safety* dan tim bedah berkomunikasi secara efektif (akurat, jelas sehingga maknanya dipahami) (Cochrane et al.,

2018). Anggota tim memahami situasi saat pelaksanaan pembedahan, dan individu mengetahui tugas-tugas dalam tim, dipahami, dan dilatih. Tim yang efektif adalah tim yang terampil dalam bekerja dan mematuhi aturan-aturan yang mereka harus patuhi, untuk mencapai tujuan, tim dan anggotanya harus memiliki keduanya. Untuk mendorong kinerja tinggi dan memastikan kualitas dan keamanan yang baik dalam tindakan pembedahan (Correia, 2019).

Tindakan pembedahan yang baik adalah bukan hanya keahlian dan latar belakang ahli bedah saja. Tindakan pembedahan yang baik menuntut seluruh lingkungan yang kompleks dan saling berkolaborasi dengan ahli bedah sebagai pemimpin yang bekerja dalam area yang cukup terkontrol, dengan ketersediaan sarana dan prasarana yang baik dan juga sikap profesional tim bedah, audit/kontrol, dan pembagian hasil kerja merupakan aspek mendasar sehingga meningkatkan budaya keselamatan dan peningkatan kinerja dalam tindakan pembedahan (Correia, 2019).

3. Tim bedah yang efektif.

Untuk menghasilkan kinerja yang efektif bagi tim bedah diperlukan ruang operasi yang nyaman, keamanan tiap tim bedah, dan keterampilan tim bedah seperti kerja tim dan komunikasi yang efektif berperan penting mencegah kesalahan tindakan

pembedahan di ruang operasi ((Robertson, et, al., 2017). Perlunya kerja tim yang efektif dan komunikasi yang efektif telah diakui oleh banyak studi yang menggambarkan *patient safety* di seluruh dunia, seperti *Canadian Adverse Event Study 1* dan laporan tentang *Adverse Events* di antara Anak-anak di *Canadian Hospitals*, dan laporan seperti *To Err Is Human and Crossing the Quality Chasm*, telah memunculkan hubungan nyata antara kerja tim dan peningkatan *patient safety* dan mutu perawatan. Selain itu, mereka menyoroti bahwa faktor-faktor tersebut yang berkontribusi dalam memfasilitasi kinerja tim bedah dalam tindakan pembedahan yang bermutu (Cochrane et al., 2018). Salah satu program yang membantu untuk memandu diskusi dan *briefing* dan melatih peserta meningkatkan kerja tim dari berbagai disiplin ilmu seperti ahli bedah, ahli anestesi, dan perawat adalah penggunaan *surgical safety checklist checklist* (Weiser & Haynes, 2018;Katz, 2017). Fakta dari hasil studi Weiser & Haynes (2018) tentang disiplin terhadap penerapan *surgical safety checklist* juga terlihat pada studi yang dilakukan oleh Neily (2019), pengaruh pelatihan tim bedah pada hasil bedah dalam menerapkan *surgical safety checklist* menunjukkan 50% penurunan angka morbiditas dan mortalitas yang lebih besar. Sedang hasil studi gawande (2003) dikutip dari Cochrane et al., (2018), menyatakan kesalahan tindakan pembedahan diakibatkan terhadap perilaku negatif tim bedah antara

lain. Kegagalan kerja tim dalam tindakan pembedahan dianggap hal yang biasa. Sedang interaksi sesama tim kurang efektif dapat menyebabkan kesalahan tindakan pembedahan, dan komunikasi yang tidak efektif dapat menyebabkan kesalahan tindakan pembedahan.

a. Meningkatkan mutu pembedahan.

Perawatan intraoperative yang bermutu menuntut ahli bedah bersama dengan staf ruang operasi (ahli anestesi, perawat, teknisi, dll.) untuk memastikan proses tindakan pembedahan sesuai dengan format *checklist* keselamatan bedah terlaksana sesuai dengan standar tindakan pembedahan antara lain. Posisi pasien yang baik, konfirmasi bahwa semua bahan yang dibutuhkan dalam tindakan pembedahan tersedia, penggunaan elektrokauter, suhu tubuh pasien dinilai dan dipertahankan, kontrol glukosa, dan profilaksis trombosis vena. Aspek yang terkait dengan tindakan bedah juga sangat penting baik mengenai perlindungan keselamatan tim bedah (penggunaan kaca mata yang tepat) dan pasien (penghitungan spons, instrumen, dll.). Setelah prosedur selesai, konfirmasi spesimen itu diberi label yang memadai dan dikirim ke departemen patologi adalah wajib, dan akhirnya menjamin keamanan pasien ke ruang pemulihan atau unit perawatan intensif dilakukan dengan aman setelah berbicara dengan tim

bedah yang bertanggung jawab yang akan menerima pasien (Cochrane et al., 2018).

- b. Penerapan *surgical safety checklist* oleh tim bedah dalam meningkatkan keselamatan pasien pembedahan.

Setiap fase perawatan bedah terdiri dari pra operasi, *intra operatif*, dan pasca operasi menuntut standar untuk meningkatkan kualitas dan keamanan tindakan pembedahan. Oleh karena itu, ada langkah-langkah khusus yang harus diperiksa untuk keberhasilan perawatan bedah (Correia, 2019).

Langkah pertama meliputi aspek pertama yang dinilai adalah kesesuaian tindakan pembedahan, yang meliputi indikasi, kontraindikasi, risiko, komplikasi, opsi terapi alternatif, dan waktu. Kondisi medis pasien adalah hal utama yang harus diatasi untuk mendefinisikan risiko, dan jika faktor-faktor risiko ini tidak dapat mempengaruhi tindakan bedah dan harus di observasi kembali, maka prosedur tindakan pembedahan harus ditunda. Dalam fase ini bahwa semua terkait rincian operasi, persetujuan operasi secara tertulis, kemungkinan peristiwa buruk telah dikomunikasikan baik kepada pasien dan keluarga oleh dokter spesialis bedah (Correia, 2019).

Langkah kedua meliputi perawatan pra operasi setelah terjadi 24–48 jam sebelum operasi. Ahli bedah, pasien dan

keluarga, dan fasilitas bedah staf (perawat, teknisi, dll.) adalah personel tim inti dalam fase ini. Ini adalah saat ketika protokol perawatan bedah, bundel, dan daftar periksa harus diadopsi jaminan kualitas dan keamanan. Kegiatan penting yang harus diadopsi dalam periode ini (Correia, 2019).

Kegiatan yang dilakukan oleh tim bedah fase pra operasi adalah sebagai berikut:

- 1) Persiapan kulit sebelum operasi.
- 2) Persiapan usus sebelum operasi—jika ada indikasi.
- 3) Riwayat yang diperbarui dan penilaian fisik.
- 4) Penilaian tes laboratorium dan reservasi darah—jika ada indikasi.
- 5) Penandaan area pra operasi.
- 6) Memeriksa gigi palsu, kacamata, alat bantu dengar, dan barang-barang pribadi.
- 7) Konfirmasi terhadap keluarga atau pasien tentang tindakan pembedahan.
- 8) Memeriksa alergi dan penggunaan / suspensi obat penting.
- 9) Penilaian makan terakhir (waktu puasa).
- 10) Penggunaan antibiotik pre operasi — jika ada indikasi.
- 11) Profilaksis trombosis vena dalam (antikoagulan, stoking) — jika diindikasikan.

12) Konfirmasi kembali tindakan pembedahan oleh dokter terhadap keluarga.

Langkah ketiga perawatan fase intra operatif menuntut ahli bedah bersama dengan staf ruang operasi (ahli anestesi, perawat, teknisi, dll.) untuk memastikan proses tersebut terlaksana sebagai kepatuhan terhadap protokol daftar periksa keselamatan bedah, posisi pasien yang baik, konfirmasi bahwa semua bahan yang dibutuhkan tersedia dan tindakan pembedahan menggunakan *surgical safety checklist*, elektrokauter, suhu tubuh pasien dinilai dan dipertahankan, kontrol glukosa, dan profilaksis trombosis vena. Aspek yang terkait dengan tindakan bedah juga sangat penting baik mengenai perlindungan keselamatan tim bedah (penggunaan kaca mata yang tepat) dan pasien (penghitungan spons, instrumen, dll.). Setelah prosedur selesai, konfirmasi spesimen itu diberi label yang memadai dan dikirim ke departemen patologi adalah wajib, dan akhirnya menjamin keamanan pasien ke ruang pemulihan atau unit perawatan intensif dilakukan dengan aman setelah berbicara dengan tim bedah yang bertanggung jawab yang akan menerima pasien (Correia, 2019).

Akhirnya, perawatan setelah pemulihan (pemulihan) tentu saja salah satu yang paling sulit fase untuk pasien / keluarga terlepas dari kenyataan bahwa / itu kondisi klinisnya

ditingkatkan. Tapi itu adalah periode ketakutan, kecemasan, dan kesepian, di mana kontinum itu perawatan harus dijamin oleh ahli bedah dan tim bedah lainnya (Correia, 2019). Sepanjang fase bedahan, *surgical safety checklist* adalah alat yang membantu seluruh tim bedah dan pasien untuk memastikan tindakan pembedahan berjalan dengan lancar dan menjamin kualitas, meningkatkan keselamatan, dan kinerja tim bedah operasi bedah.

F. Kepatuhan.

1. Konsep kepatuhan.

a. Definisi kepatuhan

Kepatuhan adalah taat atau tidak taat pada instruksi, kesepakatan, maupun tingkat kedisiplinan. Sedang kepatuhan istilah yang dipakai untuk menjelaskan ketaatan atau pasra terhadap tujuan yang ditentukan. Kepatuhan yang dimaksud disini adalah disiplin atau ketaatan terhadap ketentuan peraturan yang berlaku (Ismaniar, 2015). Menurut WHO Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku seseorang mengikuti atau menjalankan perubahan sesuai dengan rekomendasi yang disepakati oleh penyedia layanan kesehatan (Rich et al., 2015). Kepatuhan adalah disiplin atau ketaatan terhadap ketentuan peraturan yang berlaku (Ismaniar, 2015).

Menurut Hamdani & Haikal, (2017), sasaran disiplin atau kepatuhan ada dua yaitu:

1) Disiplin atau kepatuhan diri.

Disiplin diri adalah kepatuhan yang dikembangkan oleh diri sendiri hal ini merupakan manifestasi atau aktualisasi dari tanggung jawab pribadi yang berarti mengakui dan menerima nilai-nilai yang ada diluar dirinya (Hamdani & Haikal, 2017).

2) Disiplin atau kepatuhan kelompok.

Disiplin kelompok adalah patuh, taat, dan tunduk nya kelompok terhadap peraturan, perintah, dan ketentuan yang berlaku serta mampu mengendalikan diri dari dorongan kepentingan dalam upaya mencapai cita-cita dan tujuan tertentu dalam menjalankan standar-standar organisasi dan tercapai jika tumbuh dalam diri pegawai Hamdani & Haikal, (2017).

b. Menerapkan budaya kepatuhan.

Kegiatan dirumah sakit terus mengalami perubahan dan peningkatan sejalan dengan perkembangan informasi dan globalisasi mengakibatkan semakin besarnya risiko yang dihadapi. Pengelolaan risiko kepatuhan yang baik dan tepat waktu diharapkan dapat meminimalisasi dampak risiko sedini mungkin (IBI, 2018).

Salah satu tugas dan tanggung jawab atasan membawahkan fungsi kepatuhan adalah merumuskan strategi guna mendorong terciptanya budaya kepatuhan. Definisi budaya kepatuhan adalah nilai, perilaku, dan tindakan yang mendukung terciptanya kepatuhan terhadap ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam melakukan tugas dan tanggung jawabnya dan Kepatuhan terhadap prosedur yang ditetapkan merupakan jalan untuk keberhasilan tujuan bekerja (Hamdani & Haikal, 2017; IBI, 2018).

2. Kepatuhan penerapan *surgical safety checklist*.

Dalam hal ini kepatuhan pelaksanaan prosedur tetap *surgical safety checklist* adalah untuk meningkatkan kualitas mutu perawatan berbasis checklist dan meningkatkan kepatuhan dalam tindakan pembedahan oleh anggota tim sebelum pasien diinkubasi, sebelum dimulai insisi dan setelah operasi (Weiser & Haynes, 2018; Forrester et al., 2018). Kepatuhan terhadap penerapan Daftar periksa keselamatan bedah WHO 2009 (*surgical safety checklist*) merupakan salah satu sumberdaya yang membantu tim bedah, pasien dan keluarga menjalani tindakan pembedahan yang lebih baik (Correia, 2019).

Kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* adalah menuntut ahli bedah bersama dengan staf ruang operasi (ahli anestesi, perawat, teknisi, dll.) untuk memastikan proses dalam

tindakan pembedahan tersebut sebagai kepatuhan terhadap protokol daftar periksa keselamatan bedah WHO 2009. Kepatuhan tentu saja merupakan aspek utama ketika mengevaluasi praktik dan daftar periksa keselamatan bedah yang mempengaruhi hasil tindakan pembedahan yang lebih baik, sanksi atau hukuman dapat sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan (Hamdani & Haikal, 2017; Correia, 2019). Kepatuhan terhadap penerapan surgical safety checklist juga didukung dengan penelitian Al-Qahtani, (2017), mengatakan penerapan *surgical safety checklist* adalah lompatan substansial dalam upaya menuju *patient safety* bedah. Kepatuhan penerapan surgical safety checklist ini adalah wajib dalam sistem perawatan kesehatan dalam membangun kinerja tim pada tindakan pembedahan yang berkualitas. Kemajuan dalam peningkatan kesehatan seperti itu dapat dicapai dengan komitmen staf ruang operasi (dokter bedah, anestesi, dan perawat). Peran pemimpin, kualitas dan klinis, sangat penting. Mereka harus membantu anggota staf untuk menyusun dan membangun tim dan membangun visi yang jelas mengenai arah perubahan kualitas. Ini akan membantu mengelola perubahan dengan cara yang tepat dan terbaik Al-Qahtani, (2017),

3. Sikap tim bedah terhadap perilaku penerapan *surgical safety checklist*.

Sebuah tim dapat didefinisikan sebagai sekelompok dua atau lebih individu yang mempunyai tujuan yang sama, yang terdiri dari dua atau lebih anggota, masing-masing memiliki keterampilan dan peran khusus untuk dilakukan guna mencapai tujuan (Cochrane et al., 2018). Agar berhasil kebutuhan tim harus dirancang sangat hati-hati, menetapkan ukuran dari tim adalah salah satu keputusan yang paling penting (Suegono, E, 2014). Anggota tim saling ketergantungan secara keseluruhan beradaptasi dengan perubahan dalam konteks atau situasi di mana mereka berada. Baker dan rekannya menggambarkan karakteristik ini sebagai "pengetahuan, keterampilan, dan sikap khusus" yang harus dimiliki anggota tim (Cochrane et al., 2018).

Tim yang efektif mewujudkan pendekatan dan tindakan kolektif, yang terdiri dari tugas-tugas masing-masing anggota tim yang saling berkoordinasi untuk mencapai tujuan (Cochrane et al., 2018). Karakteristik tim yang efektif adalah anggota tim memahami dengan jelas tugas yang ada. Apa yang diharapkan dari mereka (*clear sense of purpose*), komunikasi yang terbuka dan jujur (*open and honest communication*) adalah kultur tim mendorong diskusi dan debat anggota tim berbicara terbuka dan dengan jujur, tanpa ancaman, kemarahan atau balas jasa. Mereka menghargai umpan balik dari

anggota tim lainnya. Sebagai hasilnya berperan serta dalam kerjasama tim tersebut. pemikiran kreatif (*creative thinking*) adalah kerja sama tim mendorong pemikiran asli, mempertimbangkan opsi dari luar yang umum dan terakhir adalah fokus (*focus*) (Suegono, E, 2014).

Anggota tim memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus, dan membuat keputusan dan saling berkomunikasi saat melaksanakan tindakan. Mereka belajar dari pengalaman sehingga kinerja tim dapat ditingkatkan, tim bekerja dalam kondisi stres dalam situasi ini di mana konsekuensi kegagalan dapat sangat besar terjadi seperti dalam perawatan kesehatan. Untuk mencapai tujuan, para anggota harus berbagi tugas masing-masing anggota tim yang saling berkoordinasi untuk mencapai tujuan dan tugas yang diperlukan untuk mencapainya. Untuk membangun orientasi tim, anggota harus membangun rasa saling percaya. Ini dilakukan dengan melatih dan bekerja sama, saling mendukung dan belajar dari pengalaman saat mereka berpartisipasi dalam situasi otentik yang dimaksudkan untuk ditangani oleh tim, Mereka saling mengenal tugas masing-masing, Mereka memantau kinerja satu sama lain dan memberikan dukungan bila diperlukan. Mereka adalah komunikator verbal dan nonverbal yang efektif, memahami dan mendengarkan apa yang dilakukan tim, khususnya “aktivitas bekerja bersama,” telah dijelaskan oleh Edmonson sebagai “teaming”.

Teaming adalah keadaan dinamis, bukan entitas statis yang dibatasi.

” “Perpaduan tim yang berkaitan dengan orang, mendengarkan sudut pandang orang lain, mengoordinasikan tindakan, dan membuat keputusan bersama. Kerja sama yang efektif mengharuskan semua orang untuk tetap waspada akan kebutuhan, peran, dan perspektif orang lain. Bekerja sama mewujudkan keterampilan kognitif dan afektif dalam tim. Bekerja sama adalah "mesin pembelajaran organisasi. Melalui siklus komunikasi yang sering, pengambilan keputusan, tindakan, dan refleksi, dengan setiap siklus diinformasikan oleh hasil dari siklus sebelumnya hingga hasil tercapai." Selama proses ini, perbedaan antara pengetahuan dan keterampilan anggota menjadi jelas, komunikasi yang efektif mengarah pada peningkatan koordinasi, dan tindakan saling bergantung yang efektif berkembang (Cochrane et al., 2018).

Peningkatan komunikasi antar penyedia layanan kesehatan telah terbukti meningkatkan *patient safety* melalui pengurangan efek samping dan standarisasi rencana perawatan pasien. Badan kesehatan dunia atau WHO telah menunjukkan keberhasilan dalam mengurangi terjadinya efek samping, termasuk operasi di tempat yang salah dan komplikasi intraoperatif termasuk kejadian tromboemboli dan kaya yang tertinggal dan jarum yang tertahan. Inisiatif penerapan *surgical safety checklist*, protokol, dan sesi pendidikan untuk menstandarisasi manajemen medis di unit gawat

darurat dan rawat inap lantai juga mengakibatkan penurunan komplikasi dan kematian (Elsamadicy, Sergesketter, & Gottfried, 2018). Anggotanya tim kompeten dan tim secara kolektif. Biasanya, kompetensi individu dipahami sebagai kualitas yang dikembangkan, diperoleh, atau dimiliki orang tersebut; keadaan yang dicapai. Ini hanya dicapai dengan berpartisipasi dalam situasi otentik yang ingin ditangani oleh tim. Kompetensi tim didistribusikan ke seluruh jaringan individu dan secara konsisten berkembang karena perilaku interkoneksi yang diberlakukan dalam ruang dan waktu antara anggota tim (Cochrane et al., 2018).

Sejak seorang petugas kesehatan mengambil sumpah, mereka wajib melindungi keselamatan pasiennya. Melakukan hal itu membutuhkan pengabdian pada keahlian seseorang melalui praktik, simulasi, dan metode pelatihan seumur hidup lainnya. Namun, itu juga membutuhkan komitmen terhadap pemikiran sistem, dengan terus mencari cara formal dan informal untuk meningkatkan kerja tim dan komunikasi. Sebagian besar kesalahan di kamar operasi tidak teknis, yang berasal dari faktor-faktor di luar kendali langsung ahli bedah. Mengatasi masalah ini dengan merangkul pemikiran sistem dan pelatihan tim telah berulang kali terbukti menyelamatkan nyawa dan meningkatkan hasil pasien. Tujuan meningkatkan patient safety selanjutnya didukung oleh peningkatan teknologi, seperti neuronavigation, dan mengadopsi praktik berbasis bukti, seperti

antibiotik pra operasi. Secara keseluruhan, kemajuan ini telah membuat kamar operasi yang modern sangat aman, meskipun masih ada peluang untuk perbaikan. Kemajuan lebih lanjut dalam teknologi, pelatihan individu dan tim, dan paradigma organisasi seperti daftar periksa dan pembekalan pasca operasi semuanya akan membantu meningkatkan patient safety di masa depan, dan harus diselidiki secara aktif oleh praktisi (Rolston & Berger, 2018).

Catchpole dkk. Melaporkan penerapan teknik kerja tim yang berasal dari *pit stop formula* satu dan perencanaan tindakan pembedahan hingga penyerahan pasien antara ruang operasi dan unit perawatan intensif. Kegiatan dasar yang terlihat di pit stop Formula Satu yang dianggap relevan dengan serah terima dalam perawatan kesehatan mencakup tujuan yang ditentukan dengan jelas yang didukung oleh kepemimpinan. Efektivitas pit stop Formula tergantung pada pemahaman bersama yang komprehensif tentang tugas-tugas anggota tim dan urutannya (Cochrane et al., 2018).

Anggota tim mengetahui peran dan tugas mereka sendiri dan bagaimana tugas-tugas ini cocok satu sama lain. Setiap anggota membutuhkan disiplin dan ketenangan individu yang memungkinkan mereka tampil di bawah tekanan waktu kritis. Di luar tugas mereka sendiri, anggota tim menyadari dan, jika perlu, tanggap terhadap keadaan di sekitar mereka. Anggota tim belajar bersama-selama pelatihan. Kru pit stop berdiskusi dan belajar dari pengalaman

"kehidupan nyata". Debriefing dan pembelajaran menciptakan kesempatan bagi tim untuk memahami di mana, kapan, dan bagaimana tugas dan proses bisa (atau memang) gagal dan apa kekuatan dan kelemahan kinerja baik untuk anggota individu maupun tim sebagai suatu kolektif (Cochrane et al., 2018).

Perilaku tim dalam pembedahan telah menjadi subyek banyak penelitian yang menjelaskan hubungan antara kerja tim, penilaian klinis, komunikasi, dan kualitas klinis. Gawande, (2003) ketika mempelajari operasi situs yang salah dan kesalahan yang dilaporkan oleh ahli bedah, menemukan bahwa kegagalan kerja tim dan penilaian adalah hal yang biasa. Gangguan di ruang operasi terkait dengan tidak terstruktur nya kerja tim dan kegagalan dalam berkomunikasi antara tim bedah berperan dalam kesalahan pembedahan (Cochrane et al., 2018).

Pekerjaan awal oleh McDonald et al. menggambarkan karakteristik psikologis dari keunggulan ahli bedah menggunakan teknik wawancara retrospektif. Mereka menemukan bahwa ahli bedah yang melakukan prosedur berisiko tinggi mengidentifikasi komitmen diri, kepercayaan diri, citra positif, kesiapan mental, fokus penuh, mengendalikan gangguan, dan evaluasi konstruktif (yaitu, belajar dari kasus sebelumnya) sebagai karakteristik keunggulan dalam ahli bedah (Cochrane et al., 2018).

Seperti yang dijelaskan oleh Clarke dan Catchpole sebelumnya, Carthey menemukan bahwa anggota tim perlu memiliki keterampilan teknis yang diperlukan untuk melakukan tugas yang diminta dari mereka, serta dipersiapkan secara mental dan fleksibel secara kognitif untuk memungkinkan adaptasi dan kesadaran akan tugas dan lingkungan. Carthey menemukan bahwa tim membawa keterampilan tambahan untuk tugas tersebut, di luar keterampilan individu mana pun. Individu dalam tim harus sadar akan keselamatan untuk memobilisasi tim jika muncul kekhawatiran dan menjadi komunikator yang efektif dalam mengartikulasikan masalah. Tim belajar melalui perencanaan, penanggulangan, praktik pertimbangan, pembinaan, tinjauan, dan analisis. Wawasan dan praktik ini membantu tim membangun kemampuan beradaptasi sesama anggota tim dan menciptakan serta mengoordinasikan saat-saat tim melakukan kesalahan (Cochrane et al., 2018).

Hubungan perilaku tim bedah dan hasil pasien telah dilaporkan dalam literatur. Manzocco et al. Mempelajari hubungan antara perilaku tim bedah dan hasil pasien menggunakan metodologi observasi dan instrumen yang menangani enam domain perilaku. Pengarahan, berbagi informasi, penyelidikan, pernyataan, kewaspadaan dan kesadaran, dan manajemen kontingensi. Skor sistem klasifikasi Status Fisik (ASA) American Society of Anesthesiologists (ASA) pasien digunakan untuk menyesuaikan

faktor pasien. Hasil survei pada 30 hari pasca operasi. Komplikasi lebih tinggi dalam tindakan pembedahan ketika informasi antara anggota tim bedah lebih jarang, selama fase Sign in, time out, atau sign out. (Cochrane et al., 2018).

Sistem di mana tim bekerja secara langsung mempengaruhi kinerja tim seperti tujuan, aktivitas tim, dan produktivitas kinerja tim. Setiap jenis sistem memiliki perilaku intrinsik yang berbeda dan dengan demikian memberikan pengaruh yang berbeda pada dinamika kerja tim dan efektivitas tim (Cochrane et al., 2018). Sistem sederhana adalah sistem yang tujuan sistemnya diketahui dengan baik, langkah-langkah dan perilaku yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Ada kesepakatan tingkat tinggi tentang "apa dan bagaimana": hasil dan proses yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Sistem sederhana memiliki interaksi yang terbatas dan hasilnya dapat diprediksi (Cochrane et al., 2018). Contohnya adalah menyiapkan format *surgical safety checklist* di instalasi bedah sentral. *surgical safety checklist* telah diuji untuk memastikan replikasi yang mudah tanpa memerlukan keahlian apa pun. *surgical safety checklist* menghasilkan produk standar dan *surgical safety checklist* terbaik memberikan hasil yang dapat diprediksi setiap saat (Cochrane et al., 2018). Kegagalan dalam sistem yang kompleks terjadi ketika interaksi baru dan kompleks terjadi atau ketika ada kurangnya pengetahuan tentang bagaimana peristiwa akan

terungkap. Hasil yang tidak diinginkan terjadi meskipun tindakan "wajar" telah diambil (Cochrane et al., 2018).

Perawatan kesehatan adalah kombinasi dari (sub) sistem yang sederhana, rumit, dan kompleks. Tim harus memahami karakteristik dan perilaku sistem tempat mereka bekerja untuk bekerja secara optimal. Tugas tim menentukan tujuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk kerja tim yang efektif, dan sistem menentukan bagaimana dan alat apa yang dapat digunakan dan bagaimana pembelajaran dan kompetensi kolektif dapat dicapai. Sementara keterampilan perilaku sosial yang terlihat dalam tim dan anggota tim yang efektif serupa di seluruh tim dan tugas, dan diperlukan terlepas dari jenis sistem tempat tim kerja, perilaku dan cara anggota berinteraksi sangat bervariasi. Tim yang bekerja dalam sistem sederhana dengan interaksi yang ditentukan dan hasil yang dapat diprediksi yang ditentukan dapat dilatih untuk menjadi sangat andal. Anggota tim semacam itu bisa dipertukarkan. Sebuah tim bedah yang melakukan prosedur standar dan dapat diprediksi adalah contohnya. Bandingkan ini dengan tim yang bekerja di unit perawatan intensif atau tim resusitasi. Tim ini bekerja di lingkungan yang kompleks dan harus lebih adaptif karena konteks (pasien, penyakit, dan penyakit penyerta), lingkungan, masalah, dan solusi yang mungkin berubah (Cochrane et al., 2018).

Alat dan teknik untuk meningkatkan patient safety harus sesuai dengan sistem dan spesifikasi perawatan yang diberikan. Pendekatan linier dan mekanis terhadap masalah keselamatan cenderung tidak memiliki atau paling tidak memiliki efek tak terduga jika diterapkan dalam sistem yang kompleks tetapi bekerja sangat baik dengan sistem sederhana (Cochrane et al., 2018). Sejak seorang petugas kesehatan mengambil sumpah, mereka wajib melindungi patient safety nya. Melakukan hal itu membutuhkan pengabdian pada keahlian seseorang melalui praktik, simulasi, dan metode pelatihan. Namun, itu juga membutuhkan komitmen terhadap pemikiran sistem, dengan terus mencari cara formal dan informal untuk meningkatkan kerja tim dan komunikasi. Sebagian besar kesalahan di kamar operasi secara teknis berasal dari faktor-faktor di luar kendali langsung ahli bedah. Mengatasi masalah ini dengan merangkul pemikiran sistem dan pelatihan tim telah berulang kali terbukti menurunkan morbiditas dan mortalitas. Tujuan meningkatkan *patient safety* selanjutnya didukung oleh peningkatan teknologi, seperti neuronavigation, dan mengadopsi praktik berbasis bukti, seperti antibiotik pra operasi. Secara keseluruhan, kemajuan ini telah membuat tindakan pembedahan di kamar operasi yang modern sangat aman, meskipun masih ada peluang untuk tidak melakukan. Kemajuan lebih lanjut dalam teknologi, pelatihan individu dan tim, dan paradigma organisasi seperti *surgical safety checklist*

dan pembekalan pasca operasi semuanya akan membantu meningkatkan *patient safety* di masa depan, dan harus diselidiki secara aktif oleh praktisi (Rolston & Berger, 2018).

Setiap rumah sakit wajib mengupayakan sasaran *patient safety*. Dari perspektif keselamatan, pemahaman yang komprehensif tentang sistem perawatan yang diberikan sangat penting merupakan budaya. Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pelaksanaan *patient safety* yang sering mengalami kesalahan adalah budaya keselamatan, pimpinan, komunikasi petugas kesehatan, kerjasama tim, stres kerja, kelelahan dan lingkungan (Hadi, 2017).

Budaya adalah satu-satunya fitur yang menjangkau semua bagian dari suatu sistem dan hanya budaya yang dapat memberikan pengaruh yang menyebar ke seluruh sistem baik atau buruk (Cochrane et al., 2018). Budaya keselamatan merupakan nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program *patient safety* (Hadi, 2017). Budaya, sebagaimana dijelaskan oleh Schein, adalah "pola asumsi dasar yang ditemukan, ditemukan atau dikembangkan oleh kelompok tertentu, saat ia belajar untuk mengatasi masalah adaptasi eksternal dan migrasi internal, yang telah bekerja cukup baik untuk dipertimbangkan dengan baik." Budaya diajarkan kepada anggota baru sebagai cara yang benar

untuk memahami, berpikir, dan merasakan dalam hubungannya dengan dampak baik ataupun buruk (Cochrane et al., 2018).

Keterampilan teknis dan keterampilan sosial budaya yang ditunjukkan oleh anggota tim telah diakui penting secara independen. Dalam perawatan kesehatan, keterampilan teknis dan sosial budaya secara langsung mempengaruhi hasil perawatan dan *patient safety* di tempat kerja. "kesalahan manusia" dapat diuraikan menjadi perilaku yang dapat dinilai secara objektif. Pengamatan ini mengarah pada pengembangan alat untuk penilaian keterampilan sosial budaya pribadi dan interpersonal. Keterampilan ini disebut keterampilan non teknis termasuk kepemimpinan, pengambilan keputusan, kesadaran situasi, komunikasi, dan kerja tim, semua elemen penting dari budaya tim (Cochrane et al., 2018).

Praktik kerja berkaitan dengan keselamatan, kepatuhan terhadap peraturan keselamatan, resiko manajemen, pelaporan kesalahan dan insiden. Budaya keselamatan telah menjadi masalah signifikan bagi organisasi kesehatan berusaha untuk meningkatkan *patient safety*. Organisasi perlu mengubah budaya karyawan untuk dengan mudah melakukan hal yang benar dan tidak melakukan kesalahan dalam perawatan pasien (Hadi, 2017). Beberapa tahun lalu, sebuah rumah sakit di British Columbia menghadapi krisis. Staf secara terbuka mengungkapkan ketidakpuasan dengan hubungan antar anggota tim bedah di ruang operasi sementara yang lain

menghindari konflik dan ketidaknyamanan. Ketidakhadiran staf dalam perawatan meningkat dan permintaan untuk mengambil shift lembur meningkat. Dikarenakan nilai kerja tim dan komunikasi sangat rendah. Pada saat yang sama, Akreditasi Kanada dan Kementerian Kesehatan untuk British Columbia mewajibkan penerapan *surgical safety checklist* WHO 2009 (Cochrane et al., 2018). Membangun budaya *patient safety* merupakan salah satu cara untuk mewujudkan *patient safety* secara keseluruhan yang membantu organisasi dalam membuat kebijakan. Manfaat utama apa yang salah dan pembelajaran dalam kesalahan tersebut (Hadi, 2017). Karakteristik tim yang berfungsi efektif dan bagaimana mereka mencapai kompetensi kolektif untuk tugas yang akan mereka tangani. Tim yang sangat efektif memahami sistem tempat mereka bekerja dan norma budaya yang harus mereka patuhi. Untuk mencapai tujuan, tim dan anggotanya harus memiliki keterampilan perilaku baik teknis maupun non teknis. Tim harus terus belajar dan menyesuaikan tanggapan mereka terhadap lingkungan yang kompleks. Baik keterampilan teknis dan nonteknis diperlukan untuk fungsi tim. Keduanya saja tidak cukup untuk mendorong kinerja tinggi dan menjamin kualitas dan keamanan. Masa depan pembedahan akan melibatkan penilaian kinerja individu dan tim. Pemahaman yang dihasilkan tentang peluang untuk peningkatan dan tindakan yang diambil untuk mengatasinya menawarkan metode

terbaik untuk meningkatkan keamanan operasi dan kualitas perawatan yang kami berikan (Cochrane et al., 2018).

G. *Theory of planned behavior* (teori perilaku terencana).

Survei budaya *patient safety* dapat dilakukan berdasarkan elemen yang mendasari dari organisasi yang menerapkan budaya *patient safety*, meliputi. Kerjasama dalam unit, ekspektasi manajer, pembelajaran organisasi, umpan balik dan komunikasi, komunikasi terbuka, dukungan manajer, persepsi patient safety , pelaporan kejadian, *staffing, hand over*, transisi dan respon tidak menghukum (Hadi, 2017). Sampai saat ini, penilaian keterampilan non teknis telah dilakukan secara bersamaan dengan tindakan pembedahan langsung atau tidak langsung (simulasi) oleh tim pengamat dalam ruang operasi. Ada batasan pada pendekatan ini yang mungkin mencerminkan kelebihan kognitif bagi pengamat, bias observasi, dan bias sikap dan perilaku bagi anggota tim (Cochrane et al., 2018). Ajzen mengembangkan *Theory of planned behavior*. *Theory of planned behavior* dikembangkan untuk memprediksi perilaku-perilaku yang sepenuhnya tidak dibawah kendali individu (Manuntung, 2019). Tinjauan tersebut juga mengarahkan pengembangan dan pencegahan kesalahan oleh anggota tim bedah baik kelemahan individu maupun tim bedah (Cochrane et al., 2018).

1. Sejarah *Theory Of Planned Behavior*.

Keakraban dengan model dan teori yang menggambarkan, menjelaskan atau memprediksi perilaku kesehatan yang dapat digunakan baik untuk memfasilitasi motivasi maupun meningkatkan kepatuhan pada program kesehatan meliputi *Theory Of Reasoned Action*. Dalam pendekatan linear perilaku tertentu diputuskan berdasarkan dua, yang pertama keyakinan, sikap terhadap perilaku dan niat. Dan yang kedua memotivasi untuk mematuhi orang berpengaruh yang dikenal sebagai panutan, norma subjektif dan niat untuk melakukan sesuatu yang dapat diukur dengan bobot relative sikap dan bobot relative non subjektif (Susan B. Bastable, 2002). *Theory of reasoned action* (teori tindakan beralasan) kemudian dikembangkan oleh ajzen tahun 2005 menjadi *Theory Of Planned Behavior*. Dalam *Theory of planned behavior*, Fishbein & Ajzen, (2005), mengatakan bahwa niat seseorang untuk melaksanakan suatu tingkah laku menimbulkan konsekuensi terlaksananya atau tidak terlaksananya tindakan atau tidak melakukan perilaku tertentu. niat perilaku manusia dibentuk oleh tiga jenis komponen, yaitu pertama sikap (*attitude*) adalah evaluasi perilaku yang menguntungkan atau tidak menguntungkan. Kedua norma subyektif (*normative beliefs*) adalah tekanan yang dirasakan untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Dan yang ketiga kontrol perilaku (*perceived behavioral control*) adalah

seberapa mudah atau sulit melakukan suatu perilaku dianggap ((Record et al., 2018). Kedua teori tersebut memiliki banyak kesamaan, tetapi perbedaan utama adalah dimasukkannya satu variabel eksogen penting yaitu persepsi kontrol perilaku (Barlett, 2019).

2. Konsep *Theory of planned behavior*.

Theory of planned behavior dapat memandu pencarian untuk memahami mengapa orang melakukannya atau tidak mengikuti saran yang berhubungan dengan perilaku kesehatan bantuan mengidentifikasi informasi apa yang diperlukan untuk merancang yang efektif strategi intervensi, dan memberikan wawasan tentang bagaimana caranya merancang program pendidikan sehingga berhasil, dengan demikian, teori dan model membantu menjelaskan perilaku juga seperti yang disarankan bagaimana mengembangkan cara yang lebih efektif untuk mempengaruhi dan mengubah perilaku (Zheng et al., 2017). Budaya *patient safety* menjadi masalah signifikan bagi organisasi kesehatan yang berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Organisasi kesehatan perlu untuk mengubah budaya karyawan yaitu penerapan *surgical safety checklist* dengan optimal sehingga menanamkan budaya keselamatan pasien kepada tim bedah baik sikap maupun pelaksanaannya untuk selalu patuh dalam penerapan *surgical safety checklist* dan dengan mudah melakukan perilaku-perilaku yang

benar dan tidak melakukan kesalahan dalam perawatan pasien (Hadi, 2017). Pada intinya *Theory of Planned Behavior* didasarkan pada asumsi bahwa manusia adalah makhluk yang rasional dan menggunakan informasi-informasi yang mungkin baginya, secara sistematis, orang memikirkan implikasi dari tindakan mereka sebelum mereka memutuskan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku-perilaku tertentu (Manuntung, 2019).

3. Tujuan dan manfaat *Theory Of Planned Behavior*.

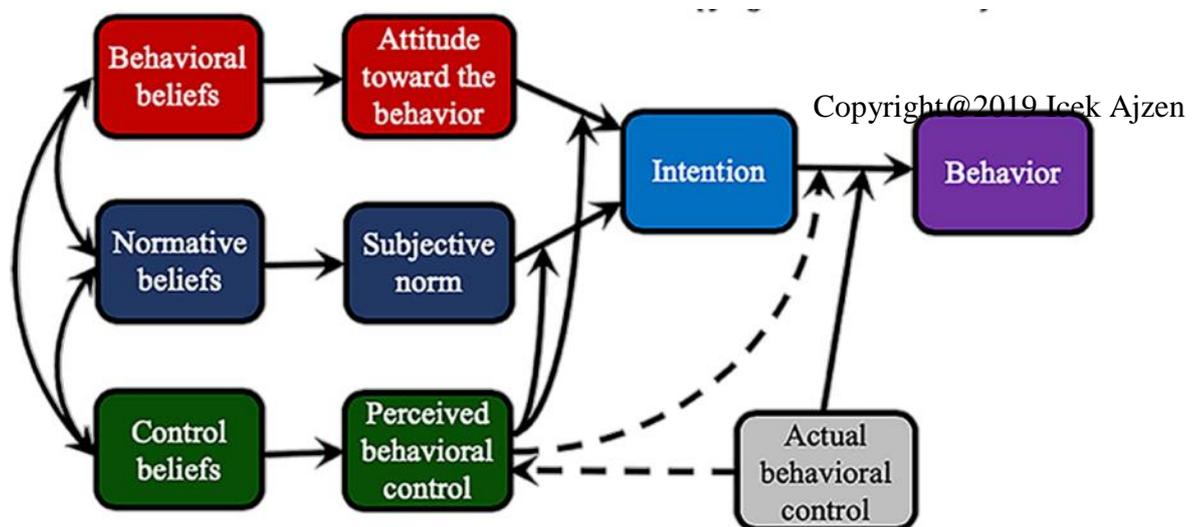
Ada beberapa manfaat dan tujuan teori ini, antara lain untuk meramalkan dan memahami pengaruh-pengaruh motivasi terhadap perilaku yang bukan dibawah kendali atau kemauan individu sendiri, untuk mengidentifikasi bagaimana dan kemana mengarahkan strategi-strategi untuk perubahan perilaku dan juga menjelaskan pada tiap aspek penting beberapa perilaku manusia. Teori ini menjelaskan suatu menyediakan suatu kerangka untuk mempelajari sikap terhadap perilaku. Berdasarkan teori tersebut, penentu penting perilaku seseorang adalah intensi untuk berperilaku (Manuntung, 2019). *Theory of planned behavior* adalah teori yang banyak digunakan dalam psikologi kesehatan. *Theory of planned behavior* telah menginspirasi sejumlah penelitian yang dapat dilakukan dalam perilaku kesehatan, seperti *An Assessment of Beliefs About Mental Health Care Among Veterans Who Served in Iraq* (Perrone-Capano et al., 2007). *An application of a modified theory of planned behavior*

model to investigate adolescents' job safety knowledge, norms, attitude and intention to enact workplace safety and health skills (Guerin & Toland, 2020). Health Belief Model Scale and Theory of Planned Behavior Scale to assess attitudes and perceptions of injury prevention program participation: An exploratory factor analysis (Gabriel, Hoch, & Cramer, 2019). Development and psychometric validation of an instrument to identify barriers to self-care among spanish patients with type 2 diabetes on the basis of theory of planned behavior (Caro-Bautista et al., 2019). Applying the theory of planned behavior to explore HAART adherence among HIV-positive immigrant Latinos: Elicitation interview results (Vissman et al., 2011).

Menurut teori tersebut, mengasumsikan bahwa perilaku adalah fungsi dari niat orang untuk melakukan perilaku, yang pada gilirannya ditentukan oleh tiga keyakinan: keyakinan perilaku, normatif dan kontrol (Abrahamse, 2019). Keyakinan tentang kemungkinan konsekuensi perilaku (*behavioral beliefs*), keyakinan tentang harapan normatif orang lain (*normative beliefs*), dan keyakinan tentang keberadaan faktor-faktor yang dapat memfasilitasi atau menghambat kinerja perilaku atau (*control beliefs*). Dalam masing-masing kelompok keyakinan, *behavioral beliefs* menghasilkan *attitude* yang menguntungkan atau tidak menguntungkan terhadap perilaku tersebut. *normative beliefs* menghasilkan tekanan sosial yang dirasakan atau *subjektif norm* dan

kontrol keyakinan menimbulkan *perceived behavioral control* atau *self-efficacy*. Efek *attitude toward the behavior* dan *subjektif norm* pada *intention* dimoderasi oleh *perceived behavioral control*. Sebagai aturan umum, semakin tinggi *attitude* dan *subjektif norm*, dan semakin besar kontrol yang dirasakan, semakin kuat *intention* seseorang untuk melakukan perilaku tersebut. Akhirnya, dengan memberikan tingkat kontrol aktual yang cukup atas perilaku tersebut, orang-orang diharapkan untuk melaksanakan niat mereka ketika ada kesempatan. Dengan demikian, niat dianggap sebagai anteseden langsung dari perilaku. Sejauh kontrol perilaku yang dirasakan adalah benar, itu dapat berfungsi sebagai proxy untuk kontrol aktual dan berkontribusi pada prediksi perilaku yang dimaksud (Ajzen, 2005).

Theory of Planned Behavior (TPB) secara luas digambarkan sebagai berikut (Ajzen, 2005).



Bagan 1

Theory Of Planned Behavior with background diagram

Gambar di atas menjelaskan bahwa model teoritik dari *Theory Planned Behavior* (perilaku yang direncanakan) mengandung berbagai variabel yaitu:

a. *Behavior beliefs*.

1) Pengertian *behavior beliefs*.

Behavior beliefs adalah keyakinan atau kepercayaan seseorang tentang konsekuensi dari perilaku tertentu. Perilaku tersebut akan menghasilkan sikap suka atau tidak suka terhadap perilaku individu tersebut (Alimbudiono, R., 2020). (Alimbudiono, R., 2020). Meskipun seseorang dapat memiliki banyak keyakinan perilaku sehubungan dengan perilaku apapun, hanya sejumlah kecil yang dapat diakses pada saat tertentu. Diasumsikan bahwa keyakinan yang dapat diakses ini dikombinasikan dengan nilai-nilai subjektif dari hasil dan pengalaman yang diharapkan menentukan sikap yang berlaku terhadap perilaku. Secara khusus, evaluasi setiap hasil atau pengalaman berkontribusi terhadap sikap dalam proporsi langsung dengan probabilitas subjektif seseorang bahwa perilaku tersebut menghasilkan hasil atau pengalaman yang dipertanyakan (Ajzen, 2005).

2) Keyakinan berperilaku tim bedah terhadap *surgical safety checklist*.

Hal-hal yang diyakini oleh individu mengenai sebuah perilaku kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* dari segi positif dan negatif. Sikap terhadap perilaku penerapan *surgical safety checklist* atau kecenderungan untuk bereaksi secara efektif terhadap suatu kepatuhan penerapan *surgical safety checklist*, dalam bentuk suka atau tidak suka pada perilaku tersebut, keyakinan ini disebut dengan *behavioral beliefs* (Manuntung, 2019; Hadi, 2017). *Behavioral beliefs* didalam tulisan ini disebut keyakinan perilaku atau mengadopsi praktik berbasis bukti yaitu *surgical safety checklist* mengacu pada konsekuensi positif atau negatif yang dirasakan oleh individu terlibat dalam kepatuhan penerapan *surgical safety checklist*. Keyakinan sikap membentuk sikap tim bedah terhadap perilaku dengan tujuan meningkatkan budaya keselamatan pasien dan mencerminkan evaluasi individu bahwa *surgical safety checklist* dapat membantu individu atau tim bedah dalam meningkatkan komunikasi yang efektif, sehingga mengurangi kesalahan tindakan pembedahan (positif atau negatif) dari perilaku spesifik (Abrahamse, 2019; Hadi, 2017).

Sedang Clarke, (2007) dikutip dari (Hadi, 2017), telah menjelaskan karakteristik yang dimiliki oleh anggota tim yang efektif dalam perawatan kesehatan. Ini termasuk komitmen

individu terhadap *patient safety* yang dikombinasikan dengan kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif (secara akurat, tidak ambigu sehingga maknanya dapat dipahami). Tujuan dari *surgical safety checklist* menciptakan budaya *patient safety* di rumah sakit yaitu menurunkan kejadian yang tidak diharapkan (KTD), mengurangi kesalahan tindakan pembedahan, menciptakan komunikasi antara anggota tim bedah, pelayanan kesehatan menjadi efektif dengan adanya bukti yang kuat terhadap terapi yang perlu atau tidak perlu diberikan ke pasien dan menciptakan budaya *patient safety* dan meningkatkan mutu pelayanan. Komunikasi tim yang efektif adalah komponen penting dari tindakan pembedahan yang aman, kerja tim yang efisien, dan pencegahan komplikasi (World Health Organisation (WHO), 2008).

b. *Normative beliefs*.

1) Pengertian *normatif beliefs*.

Normative beliefs adalah persepsi individu tentang perilaku tertentu yang dipengaruhi oleh penilaian orang lain yang signifikan (orang tua pasangan pimpinan dan teman sejawat), yang menghasilkan kesadaran akan tekanan dari lingkungan sosial (Irwan, 2018). Sedang menurut ajzen (2005) dikutip dari Bartlett, (2019)., Keyakinan normatif mengacu pada ekspektasi perilaku yang dirasakan dari

individu atau kelompok rujukan penting seperti pasangan, keluarga, teman, dan tergantung pada kelompok dan perilaku yang dipelajari guru, dokter, penyelia, dan rekan kerja. Rasionalitas dari pernyataan diatas individu tidak merasa dorongan yang cukup kuat dari orang-orang penting di sekitarnya, sehingga individu memiliki minat untuk mengambil peran dalam berperilaku (Alimbudiono, R., 2020).

- 2) Keyakinan normatif (*normatif beliefs*) tentang adanya faktor pendorong dari orang yang ada disekitarnya dalam menerapkan kepatuhan penerapan *surgical safety checklist*.

Langkah *patient safety* yang harus dijalankan di rumah sakit adalah dukungan pimpinan dan staf untuk membangun komitmen yang kuat tentang kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* di setiap tindakan pembedahan sehingga menghasilkan kesadaran atau keyakinan yang relevan untuk patuh dalam penerapan *surgical safety checklist* di setiap tindakan pembedahan sehingga menciptakan budaya *patient safety* yaitu penerapan *surgical safety checklist* (Irwan, 2018.;Hadi, 2017). Dalam menciptakan budaya *patient safety* yaitu penerapan *surgical safety checklist*, diperlukan pemimpin yang menanamkan budaya yang jelas, mendukung usaha staf. Profesionalisme tidak hanya terkait dengan pasien, tetapi juga dengan diri sendiri, teman sejawat maupun

mitra kerja. Teman sejawat dan komitmen untuk selalu mendukung dalam pekerjaan maupun pemecahan kasus harus dengan dukungan yang setara (*equity*). Dengan budaya *patient safety* yang kuat dengan sendirinya akan menurunkan angka kesalahan tindakan pembedahan (Rehatta, et, all, 2019 & Hadi, 2017).

c. *Control beliefs*.

1) *Pengertian control beliefs*.

Control beliefs adalah keyakinan seseorang tentang adanya faktor yang dapat memfasilitasi atau menghambat kinerja berperilaku yang menimbulkan persepsi ruangan memperdulikan perilaku tersebut (Irwan, 2018). Keyakinan bahwa suatu perilaku dapat dilaksanakan (*control beliefs*) diperoleh dari berbagai hal, pertama adalah pengalaman melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau pengalaman yang diperoleh karena melihat orang lain (teman) melaksanakan perilaku itu sehingga ia memiliki keyakinan bahwa ia pun akan dapat melaksanakannya. Selain pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman, keyakinan individu mengenai suatu perilaku akan dapat dilaksanakan. Selain itu ditentukan juga oleh ketersediaan waktu untuk melaksanakan perilaku tersebut, tersedianya fasilitas untuk melaksanakannya dan memiliki kemampuan

untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku (Manuntung, 2019).

- 2) Keyakinan seseorang tentang adanya faktor yang dapat memfasilitasi atau menghambat penerapan *surgical safety checklist*.

Tersedianya fasilitas seperti SPO dan lembar *checklist* merupakan faktor yang mendorong tim bedah dalam meningkatkan pengetahuan dalam melakukan tindakan dengan benar dan mudah dalam setiap sesi pembedahan (Alimbudiono, R., 2020;Viera, 2017). Selain itu melakukan tindakan benar dalam menerapkan *surgical safety checklist* pada setiap tindakan pembedahan didefinisikan individu atau tim bedah sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran dan praktek sosial memberikan gambaran tim bedah yang membuat melakukan pekerjaan dengan benar bagaimana individu mempelajari bagaimana kinerja yang optimal dan tidak optimal. Aspek yang diamati interaksi terkait tindakan pembedahan dalam menerapkan *surgical safety checklist* dengan benar agar individu selalu bekerja dengan optimal dan meminimalkan kesalahan sehingga memiliki kepercayaan diri untuk mewujudkan kepatuhan dalam penerapan *surgical safety checklist* (Alimbudiono, R., 2020;Viera, 2017;Hadi, 2017).

Konsep yang mendasari keahlian dalam tim dan perilaku tim baru-baru ini dipelajari dalam kedokteran. Kebutuhan akan kerja tim yang efektif dan komunikasi yang efektif telah diakui oleh banyak laporan yang menjelaskan tentang keselamatan perawatan kesehatan di seluruh dunia, seperti *Canadian Adverse Event Study*, laporan *Adverse Events* di antara Anak-anak di Rumah Sakit Kanada, Laporan ini dan lainnya , seperti *To Err Is Human*, dan *Crossing the Quality Chasm*, telah memunculkan hubungan konkret antara kerja tim dan peningkatan *patient safety* dan kualitas perawatan. Selain itu, mereka menyoroti banyak faktor yang berkontribusi yang memfasilitasi kualitas kinerja individu dan tim dalam perawatan kesehatan adalah komunikasi yang efektif (Cochrane et al., 2018).

Strategi dalam komunikasi adalah cara mengatur tindakan pembedahan agar berhasil, pada saat berkomunikasi harus membuat strategi agar pesan yang kita sampaikan bisa mencapai target komunikasi yang diinginkan dengan efek untuk mengubah sikap dan tindakan. Untuk strategi dalam komunikasi tim bedah pada tindakan pembedahan tim bedah menggunakan *surgical safety checklist WHO 2009*.

Keyakinan bahwa sejauh mana orang memandang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk melakukan perilaku (Abrahamse, 2019). Penyusunan strategi komunikasi diperlukan sebuah pemikiran dan keyakinan yang memperhitungkan faktor pendukung dan penghambat sehingga mencapai komunikasi yang efektif (Bagus, 2020). Keyakinan kontrol ini mencakup faktor-faktor yang dapat memfasilitasi atau mengganggu dengan kemampuan orang untuk melakukan perilaku, seperti waktu, uang, keterampilan dan kemampuan. Ini dikenal sebagai kontrol perilaku yang dirasakan (Abrahamse, 2019).

d. *Attitude toward the behavior.*

1) *Pengertian attitude toward the behavior.*

Sikap merupakan suatu kecenderungan untuk bertindak suka atau tidak suka terhadap suatu objek. Menurut *Ajzen (2005)* yang dikutip oleh *Bartlett, (2019)*. *Attitude is a disposition to respond favorably or unfavorably to an object, person, institution, or event.* Sikap dapat dibentuk melalui cara mengamati dan menirukan suatu yang positif, kemudian melalui penguatan serta menerima informasi verbal. perubahan sikap dapat diamati dalam proses pembelajaran, tujuan ingin dicapai, keteguhan, dan konsistensi terhadap sesuatu.

Karakteristik utama yang membedakan sikap dengan variabel lain adalah bahwa sikap bersifat evaluatif atau cenderung efektif. Efek merupakan sebagian sikap yang paling penting, dimana efek mengacu pada perasaan dan penilaian orang akan objek, orang, permasalahan atau peristiwa tertentu (Ajzen, 2005). Kemudian menurut ajzen, (2005) yang dikutip oleh Bartlett, (2019)., menambahkan, sikap terhadap tingkah laku ditentukan oleh keyakinan (*belief*) akan akibat dari tingkah laku yang akan dilakukan. Keyakinan ini disebut sebagai *behavioral belief*. Keyakinan individu meliputi *beliefs strength* dan *outcome evaluation*. Setiap *behavior beliefs* menghubungkan tingkah laku dengan konsekuensi tertentu sehingga memunculkan niat untuk tingkah laku namun sikap bukan satu-satunya prediktor niat, hal tersebut, atau kepada beberapa atribut lain seperti keuntungan dan kerugian yang muncul ketika melakukan tingkah laku tersebut (*outcome evaluation*) (Ajzen, 2005). Sikap terhadap suatu perilaku umumnya diukur melalui diferensial semantik yang mencakup sepasang kata sifat. Sikap bisa juga diukur dengan meminta orang untuk menunjukkan tingkat persetujuan mereka (dari 'sangat tidak setuju' menjadi 'sangat setuju') dengan pernyataan tertentu berkaitan dengan perilaku. Orang membentuk banyak

keyakinan perilaku, tetapi diasumsikan hanya sejumlah kecil yang siap keyakinan yang dapat diakses memengaruhi sikap (Abrahamse, 2019).

Budaya *patient safety* merupakan nilai, persepsi dan perilaku yang dianut setiap individu yang ada di organisasi (Hadi, 2017). Budaya adalah satu-satunya fitur yang menjangkau semua bagian dari suatu sistem dan dapat memberikan pengaruh yang menyebar ke seluruh sistem baik atau buruk (Cochrane et al., 2018). Budaya penerapan *surgical safety checklist* merupakan nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program *patient safety* (Hadi, 2017). Sikap terhadap perilaku penerapan *surgical safety checklist* ditentukan oleh evaluasi tim bedah baik atau buruk melakukan penerapan *surgical safety checklist* di setiap sesi pembedahan dan seberapa kuat konsekuensi tersebut diasosiasikan dengan tingkah laku. Hubungan antara sikap, keyakinan tentang konsekuensi tingkah laku, dan evaluasi terhadap konsekuensi terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman tergantung dari kuatnya *culture of safety* sebagai pondasi. *culture of safety* merupakan keyakinan bahwa suatu KTD dapat diantisipasi, kesadaran untuk bekerja secara tim dan

mendukung staf (Cahyono Suharjo B., 2008 ; Ajzen, 2005). Menurut Huelman et, al (2006), menyatakan dapat meningkatkan keselamatan kebutuhan dalam praktik keperawatan dilakukan dengan menghubungkan antar intervensi dan outcome, melakukan perubahan praktik keperawatan. Pelaksanaan *patient safety* (penerapan *surgical safety checklist*) digunakan untuk meningkatkan pemahaman, keterampilan dan pengetahuan perawat melalui implementasi yang didasarkan dengan kajian ilmiah yang terbukti (Hadi, 2017). *Surgical safety checklist* berdasarkan bukti klinis dan pendapat beberapa ahli penerapan *surgical safety checklist* akan mengurangi kesalahan dalam tindakan pembedahan (World Health Organisation (WHO), 2008).

Budaya *patient safety* merupakan nilai kepercayaan yang dianut bersama untuk menghasilkan norma-norma perilaku. untuk mengukur budaya penerapan *surgical safety checklist* kerja yaitu keterbukaan (*open culture*) tim bedah harus secara terbuka percaya *surgical safety checklist* dapat membantu tindakan pembedahan yang aman (World Health Organisation (WHO), 2008 ; Hadi, 2017). Karakteristik tim yang efektif adalah anggota tim memahami dengan jelas tugas yang ada dan apa yang diharapkan dari mereka (*clear sense of purpose*) (Suegono, E, 2014).

Pada tahun 2005, ajzen mengembangkan instrumen *theory of planned behavior questionnaire* yang salah satunya mengidentifikasi sikap individu berkaitan dengan *surgical safety checklist* dengan rumus matematika sebagai berikut:

AB : Sikap terhadap kepatuhan penerapan *Surgical Safety Checklist*

b : Keyakinan penerapan *surgical safety checklist* dalam tindakan pembedahan akan menghasilkan konsekuensi (i)

e : Evaluasi terhadap konsekuensi (i)

i : Konsekuensi dari tingkah laku penerapan *Surgical Safety Checklist*.

Sikap terhadap perilaku (AB) dihasilkan dari penjumlahan antara *belief (bi)* Keyakinan penerapan *surgical safety checklist* dalam tindakan pembedahan akan menghasilkan konsekuensi suka atau tidak suka dengan *outcome evaluation (ei)* evaluasi terhadap penerapan *surgical safety checklist* yang dihasilkan, dengan demikian sikap (*attitude*) seseorang terhadap *surgical safety checklist* menunjukkan seberapa jauh orang tersebut merasakan bahwa *surgical safety checklist* tersebut baik atau tidak.

e. *Subjective norm*.

Norma subjektif (*Subjective norm*) adalah persepsi individu terhadap harapan dari orang-orang yang berpengaruh dalam

kehidupannya (*significant others*) mengenai dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tertentu. Persepsi ini sifatnya subjektif sehingga dimensi ini disebut norma subjektif. Sebagaimana sikap terhadap perilaku, norma subjektif juga dipengaruhi oleh keyakinan. Bedanya adalah apabila sikap terhadap perilaku merupakan fungsi dari keyakinan individu terhadap perilaku yang akan dilakukan (Ajzen, 2005).

“...*the person's perception of social pressure to perform or not perform the behavior under consideration*”.

Diasumsikan sebagai fungsi dari keyakinan (*belief*), tetapi keyakinan dalam bentuk yang berbeda, yaitu keyakinan seseorang atau kelompok tertentu setuju atau tidak menyetujui terlibat atau tidak terlibat bila dirinya menampilkan atau memunculkan tingkah laku tertentu. Individu dan kelompok di atas disebut *reference* (Ajzen, 2005).

Referent adalah orang atau kelompok sosial yang berpengaruh bagi individu, baik itu orang tua, pasangan (suami/istri), teman dekat, rekan kerja atau orang lain, tergantung pada tingkah laku yang terlibat (*significant others*) keyakinan yang mendasari norma subjektif ini disebut dengan istilah *normative belief* (Ajzen, 2005). Referent pada tim bedah antara lain:

1) Pimpinan.

Dalam menciptakan budaya *patient safety* dan menurunkan angka kesalahan, diperlukan pemimpin yang menanamkan budaya yang jelas, mendukung usaha tim bedah dalam penerapan surgical safety checklist (Hadi, 2017).

2) Teman sejawat.

Untuk mendukung metode kolaboratif dalam interaksi sosial maka diperlukan dukungan dari teman sejawat (*peer assessment*) dan dukungan teman dari interaksi yang terjalin (*community support*) (Suratno, 2017).

Setiap staf yang bekerja di Rumah Sakit pasti ingin memberikan yang terbaik dan teraman untuk pasien. Tetapi supaya *patient safety* ini bisa dikembangkan dan semua staf merasa mendapatkan dukungan baik dari pimpinan maupun staf lainnya. Tim bedah juga membutuhkan motivasi dan dukungan untuk mengembangkan metodologi, sistem berfikir, dan implementasi program. Pemimpin sebagai pengarah jalannya program disini memegang peranan kunci (kemenkes, 2017). Memotivasi staf (*internal marketing*) untuk meningkatkan pelayanan dan kesadaran bahwa kesuksesan satu bagian/unit adalah karena dukungan bagian/unit lainnya (Widayat, 2009).

Namun norma subjektif tidak hanya ditentukan oleh *referant*, tetapi juga apakah subjek perlu, harus atau dilarang melakukan perilaku dalam menerapkan *surgical safety checklist* yang akan dimunculkan dan seberapa jauh ia akan mengikuti pendapat *referant* atau pimpinan dan tim bedah lainnya. hal tersebut disebut juga *motivation to comply* (kemenkes,2017;Ajzen, 2005). Motivasi atau dukungan terhadap tim bedah lainnya merupakan fondasi *culture safety* untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman (Cahyono Suharjo B., 2008). Fungsi motivasi adalah komunikasi juga bisa memelihara motivasi dan menjelaskan apa yang dikerjakan untuk meningkatkan prestasi kerja yang berfungsi sebagai penggerak dalam pengambilan keputusan (Ismaniar, 2019), dikarenakan pembedahan dan perawatan kesehatan, secara umum, bergantung pada kualitas kerja tim. Tim yang berfungsi tinggi tidak lahir tetapi dibangun. Dalam tim yang efektif, tim bedah memiliki pemahaman yang sama tentang tujuan, sistem tempat mereka bekerja, dan norma budaya yang menentukan perilaku yang dapat diterima (Cochrane et al., 2018).

Di dalam kehidupan sehari-hari, hubungan yang dijalin setiap individu dapat dikategorikan ke dalam hubungan yang bersifat vertikal dan horizontal. Hubungan vertikal adalah

hubungan antara atasan bawahan; guru dan murid, profesor dan mahasiswa, atau orang tua dan anak. Hubungan horizontal terjadi antara individu dengan teman-teman atau orang lain yang bersifat setara. Pola hubungan ini dapat menjadi sumber perbedaan persepsi. Pada hubungan yang bersifat vertikal, harapan dapat dipersepsi sebagai tuntutan (*injunctive*) sehingga pembentukan norma subjektif akan diwarnai oleh adanya *motivation to comply* adalah motivasi untuk patuh terhadap tuntutan untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Sebaliknya, pada hubungan yang bersifat horizontal harapan terbentuk secara deskriptif sehingga konsekuensinya adalah keinginan untuk meniru atau mengikuti (identifikasi) perilaku orang lain di sekitarnya. Maka norma subjektif adalah fungsi dari keyakinan individu yang diperoleh atas pandangan orang-orang lain terhadap objek sikap yang berhubungan dengan individu (*normative belief*) (Fishbein & Ajzen, 2005). Subjektif norma mengacu pada tekanan sosial yang dirasakan untuk terlibat dalam perilaku yang diukur menggunakan skala likert pada skala dari 'sangat tidak setuju' 'menjadi' sangat setuju (Abrahamse, 2019).

Ajzen (2005) mengembangkan instrumen *theory of planned behavior questionnaire* yang salah satunya mengidentifikasi

subjective norm berkaitan dengan *surgical safety checklist* dengan dengan rumus matematika sebagai berikut:

$$SN \propto \sum n_i m_i$$

SN : *Subjective norm*

n : Keyakinan normatif terkait dengan orang atau kelompok yang berpengaruh (*referant*)

m : Motivasi individu untuk mematuhi orang atau kelompok yang mempengaruhi (*motivation to comply*)

i : orang atau kelompok yang berpengaruh (*referant*)

Norma subjektif (SN) dihasilkan dari penjumlahan antara *belief* (n_i) dengan motivasi untuk mematuhi (*motivasi on comply*) (m_i) yang dihasilkan, dengan demikian *subjective norm* dorongan dari orang sekitar baik pimpinan maupun tim bedah lainnya dalam menerapkan *surgical safety checklist* sehingga menunjukkan seberapa jauh orang tersebut setuju bahwa *surgical safety checklist* tersebut baik atau tidak. Perilaku akan tinggi apabila keyakinan normatif maupun motivasi untuk memenuhi harapan orang-orang yang berhubungan secara vertikal ini sama-sama tinggi (Ajzen, 2005).

f. *Perceived behavioral control.*

Perceived behavioral control sebagai perasaan *self efficacy* atau kesanggupan seseorang untuk menunjukkan tingkah laku yang diinginkan (Barlett, 2019).

“The sense of self efficacy or ability to perform the behavior of interest” Ajzen 2005.

Perceived behavior control juga dianggap sebagai fungsi dari keyakinan (*belief*), yaitu keyakinan individu akan ada atau tidak adanya faktor yang mendukung atau menghalangi akan munculnya tingkah laku (*control belief*) (Barlett, 2019). Keyakinan-keyakinan ini dapat diakibatkan oleh pengalaman masa lalu dengan tingkah laku, tetapi juga dapat dipengaruhi oleh informasi yang tidak langsung akan tingkah laku tersebut yang diperoleh dengan mengobservasi pengalaman orang yang dikenal atau teman (Ajzen, 2005). Semakin individu merasakan banyak faktor pendukung dan sedikit faktor penghambat untuk dapat melakukan suatu perilaku, maka lebih besar kontrol yang mereka rasakan atas perilaku tersebut dan begitu juga sebaliknya, semakin sedikit individu merasakan faktor pendukung dan banyak faktor penghambat untuk dapat melakukan suatu perilaku, maka individu akan cenderung mempersepsikan diri sulit untuk melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 2006). Konsep lain yang agak dekat maksudnya dengan

persepsi kontrol perilaku adalah *self efficacy* dalam (Fishbein & Ajzen, 2005). Secara umum, efikasi diri adalah keyakinan individu bahwa ia akan berhasil menguasai keterampilan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas-tugas tertentu. Konsep *perceived behavioral control* yang dikemukakan oleh Ajzen ini dipengaruhi oleh riset yang dilakukan oleh Bandura mengenai efikasi diri dengan menambahkan pentingnya kontrol yang dimiliki individu terhadap sumber daya yang dibutuhkan untuk mewujudkan perilaku tertentu (Ajzen, 2002).

Dalam TPB, Ajzen, (2005). mengemukakan bahwa *perceived behavioral control* ditentukan oleh keyakinan individu mengenai ketersediaan sumberdaya berupa peralatan, kompatibilitas, kompetensi dan kesempatan (*control belief strength*) yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan diprediksi dan besarnya peran sumber daya tersebut (*power of control factor*) dalam mewujudkan perilaku tersebut. Semakin kuat keyakinan terhadap tersedianya sumberdaya seperti format *surgical safety checklist* yang tersedia sehingga memudahkan tim bedah menerapkannya, SPO tersedia yang memberikan informasi yang benar dalam penerapan *surgical safety checklist* dan kesempatan yang dimiliki individu mengobservasi penerapan *surgical safety checklist* yang dilakukan oleh tim bedah lainnya dan semakin besar peranan sumberdaya tersebut maka semakin

kuat persepsi kontrol individu terhadap perilaku tersebut (Ajzen, 2005; Gawande, 2011; Hadi, 2017). Anggota tim memahami situasi yang terjadi saat memperhatikan aktivitasnya sendiri dan aktivitas orang lain. Tugas individu diketahui, dipahami, dan dilatih. Rencana dikembangkan dan kemungkinan diformulasikan (Cochrane et al., 2018).

Perilaku keselamatan memerlukan umpan balik dari staf kepada manajemen yang diterapkan oleh organisasi kesehatan yang didorong oleh pengetahuan, kemampuan dan motivasi (Griffin, M.A., & Neal, 2000). Untuk mendukung pengetahuan, kemampuan dan motivasi memerlukan fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi salah satunya adalah format *surgical safety checklist* dan SOP *patient safety* yang bertujuan mendidik staf yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien (Viera, 2017). Dikarenakan tersedianya fasilitas format *surgical safety checklist* dan SOP merupakan komponen sangat penting karena dapat meminimalkan penggunaan daya ingat, memperkecil resiko kesalahan, mempercepat tindakan pembedahan, lebih tepat dalam memberikan pelayanan, memberikan pengetahuan dan latihan bagi tim untuk belajar menggunakan *surgical safety checklist* secara efektif dan

memberikan manfaat seperti mengurangi variasi proses dan dasar untuk mengukur mutu pelayanan tindakan pembedahan (Ismaniar, 2019 ; Cahyono Suharjo B., 2008).

Daftar Periksa dimaksudkan untuk memberi tim serangkaian pemeriksaan prioritas yang sederhana dan efisien untuk meningkatkan kerja tim dan komunikasi yang efektif dan untuk mendorong pertimbangan aktif keselamatan pasien dalam setiap tindakan pembedahan. yang dilakukan. *surgical safety checklist* memiliki dua tujuan yaitu memastikan konsistensi dalam keselamatan pasien dan memperkenalkan (atau memelihara) budaya yang menghargai pencapaiannya (World Health Organisation (WHO), 2008).

Tim operasi harus familiar dengan langkah dalam *surgical safety checklist*, sehingga mereka dapat mengintegrasikan *surgical safety checklist* tersebut dalam pola normal sehari-hari dan dapat melengkapi secara verbal tanpa intervensi dari koordinator *surgical safety checklist*. Setiap tim harus menggabungkan penggunaan *surgical safety checklist* ke dalam pekerjaan dengan efisiensi yang maksimum dan gangguan yang minimal selama bertujuan untuk melengkapi langkah secara efektif (kemenkes, 2017). *surgical safety checklist* digunakan dalam format tindakan pembedahan yang merupakan serangkaian pemeriksaan untuk memastikan bahwa prosedur

telah diselesaikan dan memberikan serangkaian petunjuk dan struktur untuk mengarahkan tim bedah (Walker, Reshamwala, & Wilson, 2012). Norma-norma perilaku dihasilkan dari nilai-nilai atau keyakinan (*core value*) dalam organisasi yang berinteraksi (Cahyono, 2012). Tersedianya fasilitas format *surgical safety checklist* dan SOP *patient safety* dalam tindakan pembedahan sehingga menstandarkan kinerja dan mengurangi ketergantungan dengan daya ingat dengan demikian mengurangi kesalahan dalam tindakan pembedahan (Van Schoten et al., 2014 ; Walker et al., 2012).

Menurut Ajzen, (2005) mengatakan bahwa pada kondisi kontrol perilaku kuat dan meyakinkan individu mempunyai informasi yang jelas mengenai perilaku dimaksud, kemudian ia dapat mencoba dan berlatih sehingga semakin yakin akan kemampuannya dalam bidang tersebut (*self efficacy*), maka kontrol perilaku ini memperkuat motivasi sehingga secara langsung menentukan perilaku. Sebaliknya, apabila control perilaku ini lemah sehingga individu tidak mendapat cukup kesempatan mencoba dan tidak tahu kepada siapa ia dapat memperoleh bantuan pada saat mengalami hambatan, maka keyakinan kontrol tidak secara langsung mempengaruhi perilaku tetapi hanya memperkuat intensi saja dan juga diukur melalui diferensial semantik. Untuk mengukur PBC Menggunakan skala

likert tidak mungkin sampai dengan sangat mungkin (Abrahamse, 2019).

Rumus matematika untuk menjelaskan kontrol perilaku yang dipersepsi ini adalah sebagai berikut

$$PBC \propto \sum c_i p_i$$

$PBC =$ *perceived behavior control*.

$c_i =$ *Control belief strength*, keyakinan bahwa I adalah faktor yang mendorong atau menghambat tingkah laku penerapan *surgical safety checklist* dalam tindakan bedah.

$p_i =$ *perceived power*, persepsi tentang seberapa kuat pengaruh control I dalam mendorong atau menghambat tingkah laku penerapan *surgical safety checklist* pada tindakan pembedahan.

$i =$ Faktor pendorong atau penghambat tingkah laku penerapan *surgical safety checklist* dalam tindakan pembedahan.

Perceived behavior control (PBC) dihasilkan dari penjumlahan antara *belief* (c_i) seberapa kuat tersedianya format *surgical safety checklist* dan SPO dan seberapa besar tim bedah mengobservasi tindakan pembedahan yang dilakukan dalam menerapkan *surgical safety checklist* di

setiap sesi pembedahan dengan *perceived power* (pi) yang mendorong atau menghambat dalam menerapkan *surgical safety checklist*, dengan demikian *Perceived behavior control* (PBC) seseorang terhadap *surgical safety checklist* menunjukkan seberapa jauh orang mempersepsikan diri untuk melakukan perilaku tersebut (penerapan *surgical safety checklist*).

g. *Actual Behavioral Control*.

Kinerja perilaku yang sukses tidak hanya bergantung pada niat yang menguntungkan tetapi juga pada tingkat kontrol perilaku yang memadai. Kontrol perilaku aktual mengacu pada sejauh mana seseorang memiliki keterampilan, sumber daya, dan prasyarat lain yang diperlukan untuk melakukan perilaku tersebut. Dalam banyak situasi, mungkin sulit atau tidak mungkin untuk memastikan tingkat kontrol aktual seseorang. Namun, sejauh mana kontrol perilaku yang dirasakan akurat, dapat berfungsi sebagai proksi untuk kontrol aktual dan digunakan untuk prediksi perilaku (Ajzen, 2005).

Dalam menerapkan *surgical safety checklist* bukan tergantung pada niat kuat dalam menerapkan *surgical safety checklist* oleh tim bedah dalam tindakan pembedahan tetapi juga kontrol perilaku seperti keterampilan tim bedah dalam menerapkan *surgical safety checklist*, tersedianya fasilitas

seperti SPO untuk meningkatkan pengetahuan tim bedah dalam menerapkan *surgical safety checklist* dan format *checklist* yang tersedia memudahkan tim bedah untuk menerapkan *surgical safety checklist* pada tindakan pembedahan (Gawande, 2011; Ajzen, 2005). (Gawande, 2011; Ajzen, 2005).

h. Niat (*Intention*).

. Niat adalah kemungkinan seseorang bahwa ia akan menampilkan suatu tingkah laku dan mencerminkan kecenderungan individu untuk melakukan tingkah laku (Abrahamse, 2019).

“A behavior intention therefore, refers to a person's subjective probability that he will perform some behavior” (Ajzen, Icek. & Fishbein, 1975).

Menurut Ajzen, (1988) intensi dapat digunakan untuk memprediksi seberapa kuat keinginan individu untuk menampilkan tingkah laku, dan seberapa banyak usaha yang direncanakan atau dilakukan individu untuk melakukan tingkah laku tersebut. Menjelaskan *intention* yang telah dibentuk akan menjadi disposisi tingkah laku sampai pada waktu kesempatan yang tepat, dimana sebuah usaha dilakukan untuk merealisasikan intensi tertentu menjadi tingkah laku tertentu. Banyak ahli sepakat bahwa faktor disposisi yang hubungannya paling dekat dengan kecenderungan tingkah laku tertentu adalah

intensi untuk melakukan tingkah laku tersebut. Ditambah lagi, banyak penelitian yang telah dilakukan semakin kuat validitas intensi terhadap tingkah laku (Ajzen, 2005).

Secara umum tim bedah mampu bersikap positif tentang *surgical safety checklist* terhadap perilaku kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* dan didukung kuat oleh pimpinan serta teman sejawat dan tersedianya fasilitas dan penerapan *surgical safety checklist* optimal yang dirasakan tim bedah akan membentuk niat yang lebih kuat dalam menerapkan *surgical safety checklist* untuk terlibat dalam perilaku kepatuhan penerapan *surgical safety checklist* (Hadi, 2017; Gawande, 2011; Abrahamse, 2019).

Niat untuk berperilaku adalah dorongan atau motivasi seseorang seberapa kuat keinginan individu untuk melakukan perilaku dan terlibat dalam berperilaku (Barlett, 2019). Niat untuk melakukan perilaku dapat diukur menggunakan tiga prediktor utama yaitu *attitude*, *subjective norm*, dan *perceived behavioral control*. Ketiga predictor tersebut yang dirasakan individu untuk melakukan perilaku tersebut (Abrahamse, 2019). Jika individu berniat untuk melakukan perilaku maka individu tersebut akan cenderung melakukan perilaku tersebut, namun sebaliknya jika tidak berniat untuk melakukan perilaku maka individu tersebut cenderung tidak akan melakukan perilaku itu (Ajzen, 2005).

Dalam beberapa kasus, persepsi perilaku kontrol mempengaruhi perilaku secara langsung (dan tidak secara tidak langsung melalui niat) (Abrahamse, 2019).

Banyak studi dengan hasil yang memberi penguatan pada proposisi bahwa *intention* untuk berperilaku, dapat diprediksikan dari sikap (*attitude*), norma subjektif (*subjective norm*), persepsi atas kontrol perilaku (*perceived behavior control*). Dari hasil berbagai penelitian menunjukkan bahwa intensi (*intention*), sikap (*attitude*), untuk menanggapi hal-hal yang bersifat evaluatif. Berbagai temuan meta-analitik telah menunjukkan bahwa sikap memprediksi niat (misalnya, Kim & Hunter, 1993) (Barlett, 2019). norma subjektif (*subjective norm*), persepsi atas kontrol perilaku, dan (*perceived behavior control*) akan dapat berpengaruh terhadap perilaku/performance atau kinerja. control memiliki efek positif pada perubahan niat yang mengubah perilaku individu maupun kelompok (Barlett, 2019). Intensi (*intention*) hendaknya berisikan niat melakukan, usaha mencoba dan merencanakan suatu tindakan yang bertujuan (Ajzen, 2005). Ketika berada di bawah kendali kehendak (kontrol perilaku yang dirasakan), semakin kuat niat untuk Untuk itu, semakin besar kemungkinan perilaku akan diberlakukan (Barlett, 2019).

Theory Of Planned Behavior menjelaskan pentingnya niat perilaku, tetapi juga mencatat niat dalam berperilaku sebagai

perantara antara sikap, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan (Bartlett, 2019).

i. Behavior.

Dalam TPB, perilaku adalah fungsi dari niat yang kompatibel dan persepsi kontrol perilaku. Kontrol perilaku yang dipersepsikan sebagai proksi untuk kontrol aktual diharapkan memoderasi pengaruh niat pada perilaku, sehingga niat yang menguntungkan hanya menghasilkan perilaku ketika kontrol perilaku yang dirasakan kuat (Ajzen, 2005).

Seperti yang dijelaskan diatas dalam *theory of planned behavior* ada tiga komponen yaitu *attitude*, *subjective norm* dan *perceived behavioral control terkait surgical safety checklist*, berkombinasi menentukan *intention* (niat) seseorang untuk menampilkan perilaku penerapan *surgical safety checklist*. Selanjutnya seberapa besar niat ini menentukan terbentuknya perilaku (Untuk menciptakan budaya keselamatan penerapan *surgical safety checklist* merupakan perilaku yang dianut oleh tim yang bertanggung jawab, menjaga, meningkatkan dan mengkomunikasikan tentang keselamatan pasien yang merupakan persepsi dan sikap dari setiap individu untuk menjamin keselamatan pasien yang merupakan bagian dari kepercayaan yang dianut bersama oleh anggota organisasi (Widyarini, 2009; Hadi, 2017)

H. Rumah Sakit Umum Andi Makkasau Kota Parepare.

Rumah Sakit Umum Andi Makkasau Kota Parepare merupakan rumah sakit tipe B, merupakan rujukan wilayah utara Sulawesi Selatan, utamanya dari kabupaten / kota di bagian utara Provinsi Sulawesi Selatan dan kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Barat (Tribun Parepare, 2018).

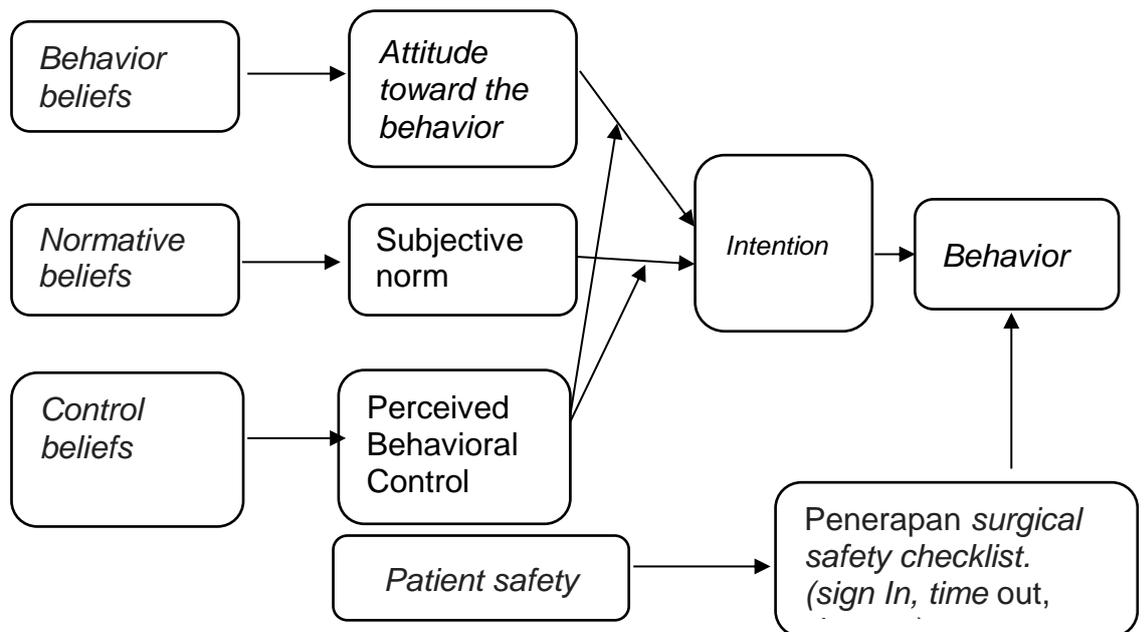
VISI, misi dan motto Rumah sakit umum daerah andi makkasau kota parepare adalah visi Rumah Sakit Umum Andi Makkasau Kota Parepare “Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan dan Pendidikan yang Unggul dan Berstandar Internasional”, misi Rumah Sakit Umum Andi Makkasau Kota Parepare (RSUD. A. Makkasau, 2017).

1. Memberikan Pelayanan yang Bermutu dan Berorientasi Kepada Pelanggan
2. Meningkatkan Daya Saing Rumah Sakit Melalui Pelayanan Unggulan
3. Menyelenggarakan Pelayanan, Pelatihan dan Penelitian Kesehatan
4. Mewujudkan Tata Kelola Rumah Sakit yang Profesional dan Transparan.
5. Sedang motto Rumah Sakit Umum Andi Makkasau Kota Parepare “keselamatan pasien yang utama” (*The main patient safety*).

Data yang saya dapatkan melalui studi dokumentasi pada 20 Agustus 2019 di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Andi Makkasau Kota Parepare merupakan salah satu rumah sakit yang melayani pembedahan yang dibagi dalam 4 kategori yaitu

pembedahan khusus, besar, sedang, dan kecil di Instalasi Bedah Sentral yang terdiri dari 5 kamar operasi. 4 kamar operasi khusus bedah THT, Bedah Umum, Bedah ortopedi dan Bedah obgyn dan satu khusus bedah mata. Jenis operasi yang dilakukan di IBS umumnya adalah jenis operasi yang elektif atau terencana dan cito atau tidak terencana. Instalasi bedah Sentral Rumah Sakit Umum Andi Makkasau Kota Parepare sudah mempunyai standar operasional prosedur (SOP) *patient safety* seperti serah terima pasien pre operasi, dan identifikasi pasien, sedangkan untuk penerapan surgical safety checklist sudah berjalan (RSUD. A. Makkasau, 2018). Namun dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* oleh tim bedah masih kurang patuh. Tingginya angka pembedahan di RSUD. A. Makkasau kota parepare dan rendahnya kepatuhan tim bedah dalam menerapkan surgical safety checklist dapat menimbulkan morbiditas dan mortalitas.

I. Kerangka Teori dikutip dari ajzen 2019



Bagan 2. Kerangka Teori