

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kepatuhan

a. Pengertian

Kepatuhan didefinisikan sebagai perubahan sikap dan tingkah laku untuk mengikuti permintaan maupun perintah orang lain (Kusumadewi, 2012). Menurut Arikunto (2010), kepatuhan petugas professional adalah perilaku seseorang yang professional terhadap suatu anjuran, prosedur, atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati.

Perilaku kepatuhan bersifat sementara kerana perilaku tersebut akan bertahan apabila ada pengawasan. Jika pengawasan hilang maupun mengendur maka akan timbul perilaku ketidakpatuhan. Perilaku kepatuhan ini akan optimal apabila perawat itu sendiri menganggap perilaku ini bernilai positif yang akan diintegrasikan melalui tindakan asuhan keperawatan. (Susanti, 2015)

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

1) Faktor Internal

a) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi karena proses penginderaan yang dilakukan seseorang terhadap sesuatu (Notoatmodjo, 2010).

b) Sikap

Menurut Azwar (2015) sikap merupakan suatu bentuk evaluasi atau reaksi dari perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek merupakan manifestasi dan dapat mendeskripsikan perasaan seseorang terhadap objek tersebut. Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama maupun pengaruh faktor emosional.

c) Kemampuan

Kemampuan merupakan bakat seseorang untuk melakukan tugas fisik maupun mental. Kemampuan seseorang pada umumnya bersifat stabil kemampuan individu berpengaruh terhadap karakteristik pekerjaan, perilaku, tanggung jawab, pendidikan dan memiliki hubungan erat dengan kinerja pekerjaan (Ivancevich, 2014)

d) Motivasi

Motivasi merupakan karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal

ini termasuk kedalam faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang untuk menyebabkan, menyalurkan, dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu. Dengan demikian motivasi mempunyai 3 aspek, yaitu keadaan terdorong dalam diri organisme yaitu kesiapan bergerak karena kebutuhan, perilaku timbul dan terarah karena keadaan ini, *goal* atau tujuan yang dituju oleh perilaku tersebut (Nursalam, 2016).

2) Faktor Eksternal

a) Karakteristik Organisasi

Kedaaan dari organisasi dan struktur organisasi ditentukan oleh filosofi dari manajer organisasi tersebut. Keadaan organisasi dan struktur organisasi dapat memotivasi perawat untuk berpartisipasi pada tingkatan yang konsisten sesuai dengan tujuan (Swansburg, 2010).

Ivancevich (2014), berpendapat bahwa karakteristik organisasi meliputi komitmen organisasi dan hubungan kerja antara pekerja dengan supervisor yang akan mempengaruhi kepuasan terhadap individu.

b) Karakteristik kelompok

Kelompok merupakan unit komunitas yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki suatu kesatuan tujuan dan pemikiran serta integritas antar anggota yang

tinggi (Rusmana, 2009). Karakteristik kelompok adalah: adanya interaksi, adanya struktur, kebersamaan, adanya tujuan, ada suasana kelompok, dan adanya dinamika interdependensi. Anggota kelompok melakukan peran tugas, peran pembentukan, pemeliharaan kelompok, dan peran individu. Anggota melaksanakan hal-hal ini melalui hubungan interpersonal. Tekanan dari kelompok sangat berpengaruh terhadap hubungan interpersonal dan tingkat kepatuhan individu karena individu terpaksa mangalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya individu tersebut tidak menyetujuinya (Rusmana, 2009).

c) Karakteristik pekerjaan

Menurut Swansburg (2010), karakteristik pekerjaan akan memberikan motivasi bagi karyawan untuk bekerja lebih giat dan menumbuhkan semangat kerja yang lebih produktif karena karakteristik pekerjaan merupakan proses membuat akan lebih berarti, menarik dan menantang sehingga dapat mencegah seseorang dari kebosanan. Karakteristik pekerjaan memiliki sifat yang berbeda antara pekerjaan satu dengan pekerjaan yang lainnya yang bersifat khusus dan merupakan inti pekerjaan yang berisikan sifat-sifat tugas yang ada didalamnya.

d) Karakteristik lingkungan

Perawat harus mampu bekerja dalam lingkungan yang terbatas dan berinteraksi secara langsung dengan staf lain, pengunjung, dan tenaga kesehatan lain. Kondisi ini yang dapat menyebabkan terjadinya penurunan motivasi terhadap pekerjaannya, menyebabkan stress, dan kepenatan (Swansburg, 2010).

c. Pengukuran Kepatuhan

Pengukuran kepatuhan dapat dilakukan menggunakan kuesioner dengan cara mengumpulkan data yang diperlukan untuk mengukur indikator-indikator yang telah dipilih. Indikator tersebut sangat diperlukan sebagai ukuran tidak langsung mengenai standar dan penyimpangan yang diukur menggunakan tolak ukur atau ambang batas yang digunakan oleh organisasi merupakan penunjuk derajat kepatuhan terhadap standar tersebut. Suatu indikator adalah suatu variabel/karakteristik terukur yang dapat digunakan untuk menentukan derajat kepatuhan terhadap standar atau pencapaian tujuan mutu. Indikator juga harus memiliki karakteristik yang sama dengan standar, misalnya karakteristik harus reliable, jelas, valid, mudah diterapkan, dan juga dapat diukur (Assaf, 2014).

2. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

a. Pengertian

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang dibuat dimana rumah sakit menjalankan asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi dan solusi untuk meminimalkan risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan karena kesalahan akibat melaksanakan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Kemenkes RI, 2015).

b. Standar Keselamatan Pasien

Menurut Kemenkes RI (2015), standar keselamatan pasien di rumah sakit ada tujuh, yaitu:

1) Hak pasien

Pasien maupun keluarga memiliki hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana tindakan dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

2) Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit berkewajiban untuk mendidik pasien dan keluarga mengenai kewajiban dan tanggung jawab selama menjalani asuhan pasien.

3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan serta menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Rumah sakit memiliki kewajiban untuk melakukan desain terhadap proses yang baru atau memperbaiki proses yang ada, melakukan monitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan, serta melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

a) Pimpinan mendorong serta menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

b) Pimpinan menjamin terlaksananya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian tidak diharapkan.

c) Pimpinan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.

- d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e) Pimpinan mengukur efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit serta keselamatan pasien.

6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah sakit mempunyai proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan serta pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung adanya pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Rumah sakit harus merencanakan serta mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi informasi interna maupun eksternal. Transmisi data serta informasi harus tepat waktu dan akurat.

c. Tujuan Keselamatan Pasien

- 1) Terciptanya iklim dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

- 2) Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien serta masyarakat.
- 3) Menurunnya angka insiden kecelakaan pasien di rumah sakit
- 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

d. Indikator *patient safety*

Menurut Susanti (2015) indikator *patient safety* dibagi menjadi dua jenis:

- 1) Indikator tingkat rumah sakit (*hospital level indicator*) digunakan untuk mengukur risiko komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah apabila pasien mendapatkan berbagai tindakan medis di rumah sakit. Indikator ini hanya mencakup kasus-kasus yang merupakan diagnosa sekunder akibat terjadinya risiko pasca diberikan tindakan medis.
- 2) Indikator tingkat area mencakup semua risiko komplikasi akibat tindakan medis yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (kabupaten/kota). Indikator ini mencakup diagnosis sekunder untuk komplikasi akibat tindakan medis.

3. *Surgical Safety Checklist*

a. Pengertian

Surgical safety checklist adalah sebuah daftar periksa yang berbentuk *checklist* untuk memberikan pembedahan yang aman dan

berkualitas pada pasien. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk menunjang serta mempermudah peningkatan keselamatan pasien yang digunakan oleh tim professional di ruang operasi (WHO, 2009).

b. Manfaat Penggunaan

Menurut WHO (2009), manfaat penggunaan *Surgical Safety Checklist* yaitu:

1) *Surgical safety checklist* disusun untuk membantu tim operasi dalam mengurangi angka kejadian tidak diharapkan.

Banyaknya kejadian tidak diharapkan yang terjadi terlebih di ruang operasi akibat pembedahan mengakibatkan WHO membuat program *surgical safety checklist* untuk mengurangi kejadian tidak diharapkan. Dalam praktiknya *surgical safety checklist* bermanfaat untuk mengurangi angka kematian serta mampu menurunkan angka komplikasi.

2) Menurunkan infeksi daerah operasi (*surgical site infection*) dan mengurangi risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml.

3) Menurunkan proporsi pasien yang tidak menerima antibiotik sebelum insisi kulit.

4) Menyediakan informasi yang detail mengenai kasus yang sedang dikerjakan, penyuaaran focus diskusi dan kemudian pembentukan tim.

5) Penggunaan *checklist* kertas merupakan salah satu solusi karena *checklist* kertas dapat disediakan dengan cepat dan membutuhkan biaya yang sedikit, selain itu penggunaannya juga sangat praktis karena tidak memerlukan isian yang banyak, serta tidak memerlukan penguasaan teknologi yang tinggi untuk mengisinya.

c. Implementasi

Implementasi surgical safety checklist memerlukan seorang koordinator yang bertanggung jawab memeriksa *checklist*. Koordinator dapat dari seorang perawat, dokter, atau professional kesehatan lainnya yang terlibat dalam operasi. Surgical safety checklist di kamar operasi dibagi menjadi tiga tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktunya (WHO, 2009).

WHO mengidentifikasi tiga fase yaitu:

1) Sebelum induksi anestesi (*sign in*)

Tim kesehatan yang berperan melakukan *sign in* adalah perawat maupun ahli anestesi. Fase *sign in* dilakukan sebelum induksi di ruang persiapan. Fase *sign in* dilakukan dengan cara koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien sudah dikonfirmasi, sisi dan prosedur operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi sudah ditandai, persetujuan untuk dilakukannya operasi sudah diberikan, *pulse oximeter* serta mesin anestesi yang akan diberikan pada pasien berfungsi

dengan baik. Koordinator bersama profesional anestesi mengkonfirmasi apakah pasien mengalami risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, maupun reaksi alergi.

2) Sebelum insisi kulit (*time out*)

Tim kesehatan yang berperan dalam fase ini adalah perawat, ahli bedah, dan ahli anestesi, meskipun biasanya dilakukan oleh perawat sirkuler yang memandu. Fase *time out* merupakan fase dimana tim operasi memperkenalkan dirinya dan fungsinya masing-masing dalam tim tersebut, dan memastikan bahwa setiap anggota tim saling mengenal. Ketika operasi akan dimulai perlu dipastikan bahwa semua anggota dan perlengkapan sudah siap, serta mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit sebelumnya.

3) Sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*sign out*)

Tim kesehatan yang berperan dalam fase *sign out* adalah perawat dan ahli anestesi. Fase *sign out* merupakan fase yang dilakukan sebelum kulit ditutup dimana tim operasi akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Pada fase ini dilakukan pengecekan kelengkapan kasa, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah akhir yang dilakukan tim operasi yaitu merencanakan tindak lanjut dan memutuskan perhatian

pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi.

4. *Sign In*

a. Pengertian

Fase *sign in* merupakan sebuah prosedur pengisian *checklist* dimana dilakukan oleh perawat atau perawat anestesi di ruang persiapan. Fase ini harus dilakukan dan dilengkapi sebelum tindakan induksi untuk menunjang keselamatan pasien di kamar operasi. Prosedur pelengkapan *checklist* ini dapat dilakukan sekaligus maupun berurutan sesuai dengan persiapan untuk anestesi pada pasien (WHO, 2009).

b. Prosedur

Menurut WHO (2009), ada tujuh poin atau checklist yang harus dilengkapi, yaitu:

- 1) Mengkonfirmasi identitas pasien, daerah dan prosedur operasi, serta *informed consent*.

Koordinator secara verbal akan mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur operasi yang sudah direncanakan, daerah operasi dan persetujuan operasi sudah diterima. Meskipun langkah ini terasa berulang untuk dilakukan, namun sangat penting untuk dikonfirmasi untuk menghindari tim operasi melakukan operasi di lokasi yang salah. Konfirmasi dapat

diwakilkan oleh orang tua atau wali apabila tidak memungkinkan dilakukan oleh pasien misalnya pasien tersebut adalah anak-anak.

- 2) Mengkonfirmasi apakah daerah yang dioperasi sudah ditandai. Koordinator harus mengkonfirmasi daerah mana yang akan dioperasi dan apakah sudah diberi tanda, termasuk sebelah kanan maupun kiri. Tanda operasi biasanya menggunakan spidol permanen. Penandaan pada lokasi yang akan dioperasi harus benar dan tepat, termasuk apabila ada lebih dari satu bagian yang dioperasi.
- 3) Apakah mesin anestesi dan obat anestesi sudah lengkap. Koordinator juga harus memastikan bahwa alat dan mesin anestesi dalam kondisi aman untuk digunakan, dipahami sebagai inspeksi formal peralatan anestesi, sirkuit pernapasan, obat-obatan dan persiapan untuk risiko terhadap masing-masing pasien. Tim anestesi juga harus memeriksa peralatan *airway*, sistem pernafasan (termasuk oksigen dan agen inhalasi), suction, obat-obatan untuk keadaan darurat.
- 4) Apakah *pulse oximeter* pada pasien berfungsi dengan baik. *Pulse oximeter* juga harus dipastikan bahwa telah terpasang pada pasien dan berfungsi dengan baik sebelum induksi anestesi. *Pulse oximeter* yang ideal seharusnya dapat terlihat dan terbaca oleh semua tim operasi, alat ini sangat direkomendasikan oleh

WHO dan dan komponen yang dibutuhkan untuk anestesi yang aman. Apabila alat ini tidak tersedia dan tidak berfungsi dengan baik, ahli bedah dan ahli anestesi harus mengevaluasi ketajaman kondisi pasien dan mempertimbangkan untuk penundaan operasi.

5) Mengkonfirmasi adanya alergi pada pasien

Koordinator dapat mengkonfirmasi alergi pasien dengan mengajukan pertanyaan. Koordinator menanyakan kepada pasien apakah memiliki alergi, jika iya apakah alergi tersebut. Jika koordinator mengetahui alergi yang tidak diketahui oleh ahli anestesi, hal ini harus dikomunikasikan.

6) Mengkonfirmasi apakah pasien memiliki risiko kesulitan jalan napas

Koordinator harus mengkonfirmasi secara verbal bahwa tim anestesi sudah menilai pasien apakah mengalami kesulitan jalan napas. Jalan napas dapat dinilai dengan beberapa cara seperti *Mallampati score*, *thyromental distance*, atau *Bellhouse-Dore score*. Kesulitan jalan napas selama anestesi masih banyak terjadi dan dapat menyebabkan kematian, jika penilaian di awal dilakukan dengan tepat dan benar maka perencanaan yang akan dilakukan bisa adekuat sehingga mampu menekan risiko kejadian gagal napas.

Risiko aspirasi juga harus dievaluasi dan menjadi bagian penilaian jalan napas. Risiko dapat dikurangi dengan memodifikasi rencana anestesi, contohnya menggunakan teknik induksi cepat dan meminta bantuan seorang asisten untuk memberikan tekanan krikoid selama induksi.

- 7) Apakah pasien memiliki risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml (7 ml/kg pada anak-anak)

Pada langkah ini, koordinator menanyakan kepada tim anestesi apakah pasien memiliki risiko kehilangan lebih dari 500 ml darah selama operasi untuk melakukan persiapan kondisi kritis di meja operasi. Kehilangan darah dalam volume besar paling umum terjadi di meja operasi dan bahay bagi pasien, dengan risiko hipovolemik guncangan meningkat ketika kehilangan darah melebihi 500 ml. Persiapan dan resusitasi yang memadai dapat mengurangi konsekuensi masalah yang sangat besar, apabila pasien memiliki risiko kehilangan darah dapat diatasi dengan memasang setidaknya dua jalur intravena besar, selain itu tim harus mengkonfirmasi ketersediaan darah atau cairan untuk resusitasi.

5. Persiapan Pelaksanaan *Sign In*

a. Persiapan perawat

Menurut WHO (2009) pelaksanaan *sign in* pada pasien dilakukan setidaknya oleh perawat dan dokter anestesi atau perawat anestesi. Perawat yang melakukan prosedur *sign in* harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai supaya *sign in* dilaksanakan sesuai prosedur yang ada sehingga meminimalisir risiko yang terjadi pada pasien.

b. Persiapan kamar operasi

1) Ruang persiapan pasien dan ruang induksi

Menurut Kemenkes RI (2012), ruang persiapan pasien adalah ruang yang digunakan untuk mempersiapkan pasien bedah sebelum memasuki kamar operasi. Di ruang persiapan, petugas ruang operasi atau perawat mengganti pakaian pasien dengan pakaian khusus pasien bedah apabila belum diganti. Di ruang ini juga dilakukan pembersihan tubuh pasien dan mencukur bagian tubuh pasien yang perlu dicukur.

Di ruang induksi, petugas ruang operasi atau perawat mengukur tekanan darah pasien bedah, memasang infus, memberikan kesempatan pada pasien untuk beristirahat ataupun menenangkan diri, dan memberikan penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukannya. Anestesi dapat dilakukan di ruang induksi pada keadaan tertentu. Prosedur *Sign In* serta

pengecekan kelengkapan administrasi dapat dilakukan di ruang persiapan pasien ataupun di ruang induksi (Kemenkes, 2012).

2) Kelengkapan mesin anestesi

Mesin anestesi merupakan peralatan medik yang berfungsi untuk melakukan pembiusan pada pasien yang dilakukan oleh dokter spesialis anestesi sebelum dilakukan pembedahan oleh dokter spesialis bedah. Lokasi peralatan anestesi ini ada di kamar bedah. Untuk mengoperasikan mesin anestesi ini diperlukan gas oksigen (O_2), gas nitrogen oksida (N_2O), dan zat anestesi. Disamping gas dan zat tersebut di atas, idealnya juga dilengkapi dengan vakum medik, udara tekan dan sistem buangan gas anestesi (Kemenkes RI, 2012).

3) Kelengkapan obat-obatan anestesi

Obat anestesi merupakan obat yang digunakan selama pemberian anestesi atau selama dilakukannya operasi. Obat anestesi diberikan untuk membuat pasien tidak merasakan sakit, tidur, dan relaksasi. Obat anestesi juga diberikan untuk mempermudah prosedur pembedahan.

Menurut Mangku dan Senapathi (2010) obat yang digunakan dalam anestesi yaitu:

a) Obat premedikasi

Obat premedikasi merupakan obat yang diberikan sebelum induksi anestesi. Tujuan dari pemberian premedikasi adalah

untuk menenangkan sehingga mempermudah induksi, relaksasi otot, mengurangi rasa sakit, dan untuk memperoleh induksi yang dalam dan aman.

b) Obat induksi

Obat induksi merupakan obat yang digunakan dalam rangkaian proses transisi dari sadar penuh sampai hilangnya kesadaran sehingga memungkinkan untuk dimulainya anestesi dan pembedahan. Induksi anestesi terdiri dari pemberian obat anestesi hipnosis secara cepat melalui intravena. Konsentrasi dalam plasma mencapai puncak 30-60 detik dan cepat turun karena proses redistribusi dari obat. Perubahan konsentrasi plasma secara cepat mengakibatkan perubahan tingkat penekanan susunan saraf pusat.

c) Obat analgetik

Obat analgesik pada anestesi digunakan untuk menghilangkan rasa sakit yang dirasakan oleh pasien dengan cara menghambat prostaglandin.

d) Obat *muscle relaxant*

Obat *muscle relaxant* atau pelumpuh otot adalah obat yang digunakan untuk melemaskan otot rangka atau untuk melumpuhkan otot. Obat ini biasanya digunakan sebelum operasi untuk mempermudah suatu operasi atau memasukan suatu alat ke dalam tubuh.

e) Obat antiemetik

Obat antiemetik merupakan obat anti mual dan diberikan kepada pasien untuk mengurangi efek mual atau muntah akibat efek samping dari obat anestesi.

f) Obat *emergency*

Obat *emergency* diberikan kepada pasien apabila pasien mengalami kondisi gawat seperti bradikardi, spasme laring, hipotensi, perdarahan, dll.

4) Kelengkapan alat dan instrumen bedah

a) Kamar bedah

Kamar bedah digunakan sebagai ruang untuk melakukan tindakan operasi dan atau pembedahan. Luas ruangan harus cukup untuk memungkinkan petugas bergerak sekeliling peralatan bedah. Kamar bedah harus dirancang dengan faktor keselamatan yang tinggi. Di kamar ini pasien dilakukan pembiusan dan selanjutnya proses bedah dapat dimulai (Kemenkes RI, 2012).

b) Instrumen bedah

Instrumen bedah adalah alat yang digunakan untuk tindakan pembedahan baik pembedahan mayor maupun minor. Alat instrumen dibagi menjadi 4 kelompok dasar sesuai dengan fungsinya yaitu tajam, penjepit, pemegang (*holding, grasping*), dan penarik (Kemenkes RI, 2012).

c. Persiapan pasien

Pasal 1 Undang-Undang No. 29 tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran menjelaskan definisi pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi. Pasien bedah merupakan pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan, yang akan melewati fase preoperasi, intraoperasi, dan pascaoperasi. Fase preoperasi dimulai ketika pasien dinyatakan akan dilakukan pembedahan dan berakhir ketika pasien sudah berada di meja operasi.

Menurut Potter & Perry (2010), pasien yang akan dioperasi harus melengkapi administrasi supaya operasi dapat dilaksanakan. Administrasi tersebut berupa:

1) Rekam medis pasien

Rekam medis menurut Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis yang dibawa pasien sebelum operasi harus memuat semua data pasien termasuk pemeriksaan penunjang yang akan dibutuhkan saat operasi berlangsung.

2) *Informed Consent*

Informed Consent atau persetujuan tindakan adalah persetujuan seseorang untuk memperbolehkan sesuatu yang terjadi (misalnya operasi, transfusi darah, prosedur invasif). *Informed Consent* diberikan oleh dokter memungkinkan pasien dan keluarga membuat keputusan berdasarkan informasi penuh tentang fakta. Persetujuan harus diperoleh dari seseorang yang dapat memahami penjelasan supaya mereka memahami benar keputusan yang mereka buat. Operasi tidak dapat dilakukan apabila belum ada *Informed consent*.

d. SOP (Standar Operasional Prosedur) *sign in*

Tujuan dari pelaksanaan *sign in* adalah:

- 1) Membantu tim agar konsisten mengikuti beberapa langkah keselamatan pasien
- 2) Menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (salah lokasi, salah prosedur, salah pasien operasi) di kamar operasi.

Waktu pelaksanaan: sesaat sebelum pasien dibawa ke ruang operasi (sebelum dilakukan induksi).

Persiapan: *checklist* keselamatan pasien operasi, alat tulis.

Tim yang harus hadir: perawat sirkuler/instrumen, dokter anestesi atau perawat anestesi.

6. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” yang didapat setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan melalui pancaindra manusia yang meliputi: pendengaran, penglihatan, perabaan, pnciuman, dan rasa. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan adalah kesan di pikiran manusia sebagai hasil dari penggunaan pancaindra, yang berbeda sekali dengan kepercayaan, takhayul, dan penerangan-penerangan yang keliru (Sukanto, 2009).

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) tingkatan pengetahuan ada enam yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk didalamnya mengingat terhadap suatu rangsangan khusus dari seluruh bahan yang telah dipelajari ataupun rangsangan yang diterima. Oleh karena itu “tahu” adalah tingkatan pengetahuan yang paling mendasar untuk mengukur bahwa orang tersebut tahu yang dipelajari

seperti: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami dimaksud sebagai suatu kemampuan yang benar tentang objek yang diketahui, mampu menjealskan suatu materi dengan benar.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk melakukan sesuatu dari apa yang telah dipelajari dan diterapkan pada keadaan atau kondisi nyata.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk manjabarkan suatu objek atau materi ke dalam komponen-komponen, namun masih dalam struktur organisasi tetapi masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagain di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*Evaluating*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau sebuah penilain terhadap suatu materi

atau objek. Penilaian itu didasarkan pada penentuan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan (Sukanto, 2009) yaitu:

- 1) Tingkat pendidikan, pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku menjadi positif. Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal sehingga orang lain tersebut dapat memahami. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah dalam menerima informasi dan makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya, apabila tingkat pendidikan rendah, akan menghambat daya penerimaan informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki lebih sedikit.
- 2) Informasi, seseorang yang memiliki informasi yang lebih akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas juga. Semakin sering seseorang terpapar informasi, semakin banyak pula pengetahuan yang ia miliki.
- 3) Budaya, tingkah laku manusia atau kelompok dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan. Kebudayaan lingkungan sekitar, apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat

mungkin sikap masyarakatnya selalu menjaga lingkungan tetao bersih.

- 4) Pengalaman, sesuatu yang pernah dilalui atau dialami oleh seseorang akan menambah pengetahuan orang tersebut secara informal. Ada kecenderungan pengalaman yang baik dan pengalaman yang menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif.
- 5) Sosial ekonomi, tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi maka akan menambah pengetahuan, hal ini disebabkan karena kemudahan dalam mengakses informasi serta kemudahan sarana prasarana serta akses terhadap fasilitas dalam mendukung tercukupinya pengetahuan. Usaha untuk memenuhi kebutuhan primer maupun sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik akan lebih mudah tercukupi dandingkan dengan keluarga dengan tingkan ekonomu menengah kebawah. Hal ini mempengaruhi pemenuhan kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulakn bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal.

d. Cara Mendapatkan Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011), cara mendapatkan pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1) Cara Tradisional

a) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain tidak berhasil, lalu dicoba dengan kemungkinan yang lain lagi sampai berhasil dan didapatkan hasil yang diinginkan.

b) Cara kekuasaan atau otoritas

Pengetahuan diperoleh karena adanya otoritas atau kekuasaan baik tradisi, otoritas pemerintahan, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan.

c) Berdasarkan pengalaman pribadi

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi di masa lampau. Apabila cara tersebut berhasil digunakan untuk masalah yang sama, maka orang lain bisa menggunakan cara tersebut.

d) Melalui jalan pikiran

Dari sini manusia telah mampu memakai penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dalam memperoleh pengetahuan, manusia telah menggunakan jalan pikirannya.

2) Cara *Modern*

Cara *modern* atau cara baru dalam memperoleh pengetahuan, dalam hal ini cara tersebut lebih sistematis, logis dan ilmiah.

Cara ini disebut dengan metode penelitian ilmiah.

e. Pengukuran tingkat pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara ataupun menggunakan angket yang berisi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain di atas (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Nursalam (2011), pengukuran tingkat pengetahuan dapat dikategorikan menjadi tiga yaitu:

- 1) Pengetahuan baik bila subyek penelitian dapat menjawab 76-100% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- 2) Pengetahuan cukup bila subyek penelitian dapat menjawab 56-75% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- 3) Pengetahuan kurang bila subyek penelitian dapat menjawab <56% dari total jawaban pertanyaan.

7. Motivasi

a. Pengertian

Motivasi merupakan karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk kedalam faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang

untuk menyebabkan, menyalurkan, dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu. Motivasi merupakan suatu yang mendorong seseorang untuk berbuat sesuatu. Motivasi adalah suatu perasaan maupun pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan terutama dalam berperilaku. Sementara itu motivasi kerja adalah suatu kondisi yang dapat mendorong seseorang untuk membangkitkan, mengarahkan, dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja (Nursalam, 2016).

b. Teori Motivasi

Menurut Stoner dan Freeman dalam buku Nursalam, teori motivasi dikelompokkan menjadi lima kategori: teori kebutuhan, teori penguatan, teori keadilan, teori harapan, dan teori penetapan sasaran.

1) Teori Kebutuhan

Teori kebutuhan berfokus pada kebutuhan seseorang untuk hidup berkecukupan. Dalam praktiknya, teori kebutuhan berhubungan erat dengan apa yang dilakukan manusia untuk memenuhi kebutuhannya. Menurut teori tersebut, seseorang memiliki motivasi yang tinggi ketika kebutuhannya belum tercukupi. Motivasi dapat menurun apabila kebutuhan yang diinginkan telah terpuaskan. Teori-teori yang termasuk dalam teori kebutuhan:

a) Teori Hierarki Kebutuhan menurut Abraham Maslow

Teori ini terkenal dengan kebutuhan FAKHA (Fisiologis, Aman, Kasih sayang, Harga diri, dan Aktualisasi diri) yang memandang manusia memiliki lima kebutuhan dasar yang mana kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar sampai kebutuhan paling tinggi yaitu aktualisasi diri. Menurut Maslow, individu akan memenuhi kebutuhan mana yang menonjol pada waktu tertentu.

b) Teori ERG (*Existence Relatedness Growth*)

Teori ini merupakan teori motivasi dimana orang akan bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan akan eksistensi, kebutuhan keterkaitan dan kebutuhan pertumbuhan (*Existence, Relatedness, Growth*). Teori tersebut menyatakan bahwa apabila kebutuhan yang lebih tinggi mengalami kekecewaan, maka akan kembali kepada kebutuhan yang lebih rendah.

c) Teori Tiga Macam Kebutuhan

Menurut John W. Atkinson ada tiga macam dorongan yang memotivasi seseorang yaitu kebutuhan untuk mencapai prestasi, kebutuhan kekuatan, dan kebutuhan untuk merafiasi atau berhubungan dekat dengan orang lain.

d) Teori Motivasi Dua Faktor

Teori ini dikembangkan oleh Frederick Herzberg dimana dia meyakini bahwa karyawan dapat dimotivasi oleh pekerjaannya sendiri dan di dalamnya terdapat kepentingan yang disesuaikan dengan tujuan organisasi. Dari penelitiannya, Herzberg menyimpulkan bahwa ketiakpuasan dan kepuasan dalam bekerja muncul dari dua faktor yang terpisah.

2) Teori Penguatan

Teori penguatan, dikaitkan oleh ahli psikologi B. F. Skinner dengan temab-temannya, menunjukkan bagaimana konsekuensi tingkah laku di masa lampau akan berpengaruh terhadap tindakan di masa depan dalam proses belajar siklis. Proses ini dapat dinyatakan sebagai berikut.

Rangsangan → Respons → Konsekuensi → Respons masa depan.

Dalam hal ini, tingkah laku seseorang dalam menghadapi situasi atau peristiwa merupakan penyebab dari konsekuensi tertentu. Teori penguatan menyangkut tentang ingatan seseorang mengenai pengalaman rangsangan dalam mengendalikan atau memerintah orang lain, dan ini merupakan salah satu manifestasi dari *power need*.

3) Teori Keadilan

Teori keadilan didasarkan terhadap asumsi bahwa faktor utama yang mendorong motivasi pekerjaan adalah evaluasi

individu atau keadilan dari penghargaan yang diterima. Seseorang akan lebih termotivasi apabila penghargaan yang diberikan sebanding dengan usaha yang dilakukan.

4) Teori Harapan

Teori harapan menyatakan cara memilih dan bertindak maupun bertingkah laku berdasarkan harapannya (apakah yang dilakukannya memiliki keuntungan). Teori harapan terdiri atas dasar sebagai berikut.

a) Harapan hasil prestasi

Individu mengharapkan hasil tertentu dari tingkah laku mereka. Harapan ini yang nantinya akan menjadi tolak ukur bagaimana cara mereka bertingkah laku.

b) Valensi

Hasil dari suatu usaha atau tungkah laku mempunyai valensi atau kekuatan memotivasi. Valensi tersebut berbeda pada setiap satu individu dengan individu yang lainnya.

c) Harapan prestasi usaha

Harapan orang mengenai tingkat keberhasilan mereka dalam melaksanakan tugas yang sulit akan berpengaruh pada tingkah laku. Tingkah laku seseorang sampai tingkat tertentu akan bergantung pada hasil yang diharapkan. Beberapa hasil berfungsi sebagai imbalan intrinsic yaitu imbalan yang dirasakan langsung oleh yang bersangkutan. Imbalan

ekstrinsik (misal: bonus, pujian, dan promosi) diberikan oleh pihak luar.

5) Teori Penetapan Sasaran

Teori ini dikemukakan oleh Edwin Locke yang membicarakan tentang pengaruh penetapan tujuan, tantangan, dan umpan balik terhadap kerja. Teori ini berangkat dari maksud untuk bekerja mencapai suatu tujuan ini merupakan sumber utama dari motivasi kerja.

c. Unsur Motivasi

Motivasi mempunyai tiga unsur utama yaitu kebutuhan, dorongan, dan tujuan. Kebutuhan terjadi apabila individu merasa ada ketidakseimbangan antara apa yang mereka miliki dengan apa yang mereka harapkan. Dorongan merupakan kekuatan mental yang berorientasi pada pemenuhan harapan atau pencapaian tujuan. Dorongan yang berorientasi pada tujuan tersebut merupakan inti daripada motivasi (Nursalam, 2016).

Pada dasarnya motivasi dapat dibedakan menjadi dua yaitu (Nursalam, 2016) sebagai berikut:

1) Motivasi Internal

Motivasi yang berasal dari dalam diri seseorang. Keperluan dan keinginan dalam diri seseorang untuk memunculkan motivasi internalnya, kekuatan tersebut yang akan memengaruhi

pikirannya yang selanjutnya bisa mendorong perilaku seseorang tersebut.

2) Motivasi Eksternal

Motivasi eksternal tidak dapat dipisahkan dari motivasi internal.

Motivasi ini timbul dari luar/lingkungan. Misalnya: motivasi dapat timbul akibat dari penghargaan, pujian, hukuman, atau celaan yang diberikan oleh guru, teman, atau keluarga.

d. Perangsang Motivasi

Menurut (Komang, 2015) agar seseorang mau melakukan sesuatu yang diharapkan, dibutuhkan suatu dorongan/perangsang yang akan menggerakkan seseorang tersebut untuk bertindak. Perangsang tersebut dibedakan menjadi dua yaitu:

1) Perangsang positif

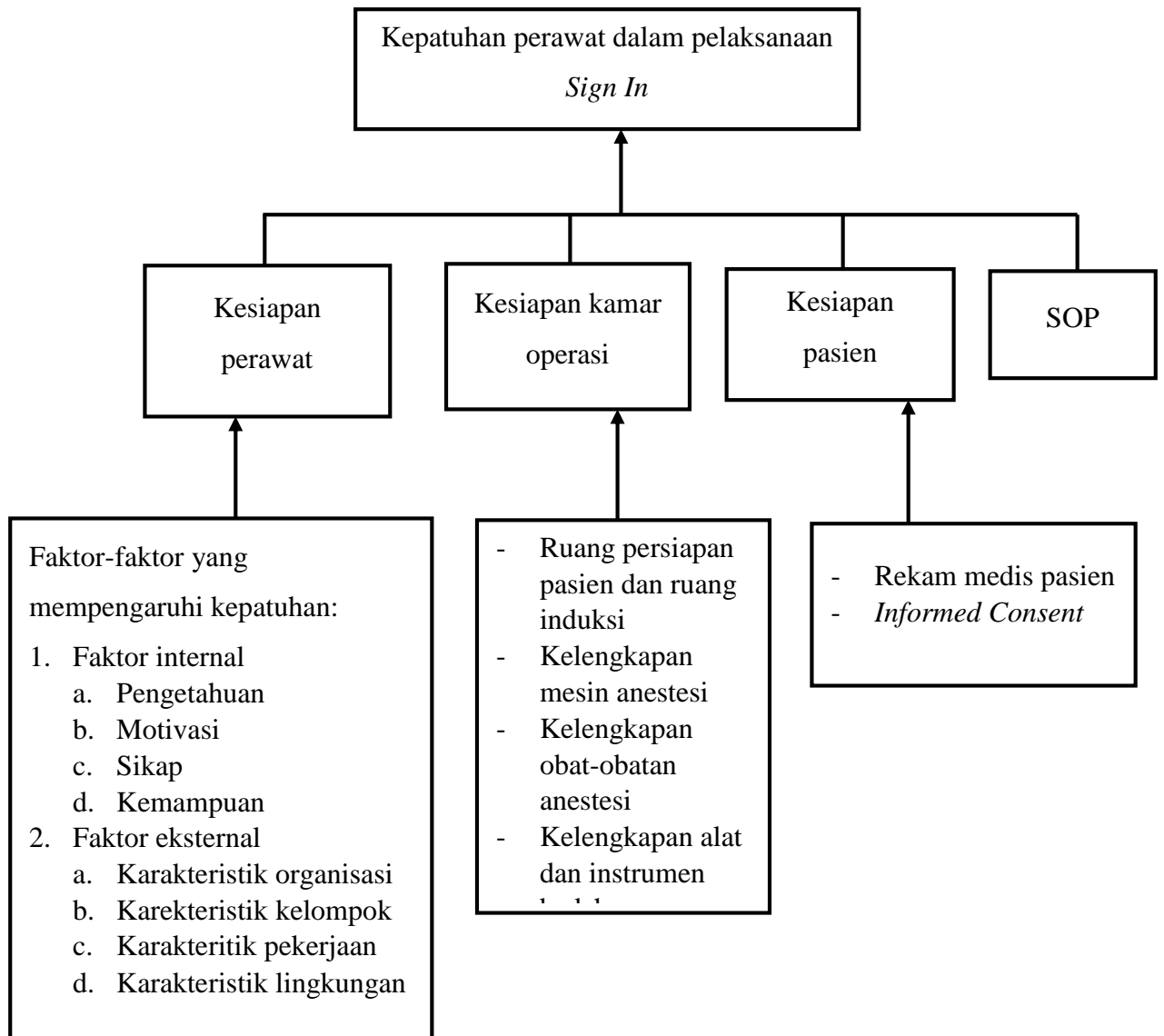
Perangsang positif merupakan imbalan yang menyenangkan yang disediakan untuk pekerja yang berprestasi. Rangsangan ini dapat berupa hadiah, promosi, atau melibatkan pekerja tersebut dalam suatu pekerjaan yang memiliki nilai prestasi yang tinggi.

2) Perangsang negatif

Perangsang negatif merupakan imbalan yang tidak menyenangkan berupa sanksi atau hukuman terhadap pekerja yang berbuat kesalahan. Perangsang ini dapat berupa teguran, denda, mutasi, dan pemberhentian kerja.

B. Kerangka Teori

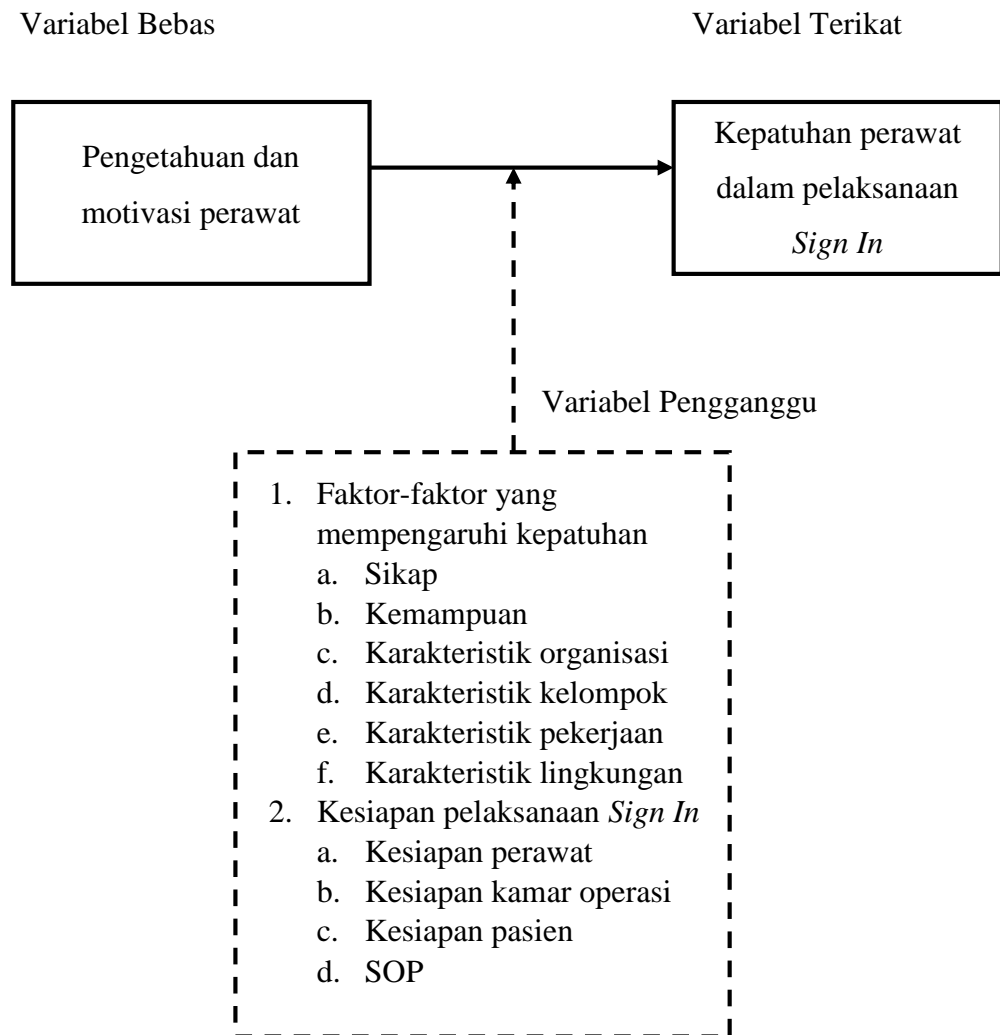
Kerangka teori disusun dengan modifikasi konsep-konsep yang diuraikan di atas. Adapun kerangka teori penelitiannya sebagai berikut:



Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber: Notoatmodjo (2010); Nursalam (2016); WHO (2009)

C. Kerangka Konsep



Keterangan:



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ha : Terdapat hubungan antara pengetahuan dan motivasi perawat dengan kepatuhan pelaksanaan *sign in* di Instalasi Bedah Sentral RSUD wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta.

Ho : Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dan motivasi perawat dengan kepatuhan pelaksanaan *sign in* di Instalasi Bedah Sentral RSUD wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta.