

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu *preoperative phase* (fase pra operasi), *intraoperative phase* (fase intraoperasi) dan *post operative phase* (fase pasca operasi). Masing-masing fase ini dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Majid, Judha & Istianah, 2011).

a. Fase pra operasi

Fase pra operasi dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien berada di meja operasi sebelum pembedahan dilakukan. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pra

operasi dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (Majid, Judha & Istianah, 2011). Bagi perawat anestesi, perawatan pra anestesia dimulai saat pasien berada di ruang perawatan, atau dapat juga dimulai pada saat pasien diserahkan-terimakan di ruang operasi dan berakhir saat pasien dipindahkan ke meja operasi.

Tujuan perawatan pra operasi :

- 1) Menciptakan hubungan yang baik dengan pasien, memberikan penyuluhan tentang tindakan anestesia.
- 2) Mengkaji, merencanakan dan memenuhi kebutuhan pasien.
- 3) Mengetahui akibat tindakan anestesia.
- 4) Mengantisipasi dan menanggulangi kesulitan yang mungkin timbul.

Dalam menerima pasien yang akan menjalani tindakan anestesia, perawat anestesi wajib memeriksa kembali data dan persiapan anestesia, diantaranya :

- 1) Memeriksa :
 - a) Identitas pasien dan keadaan umum pasien.
 - b) Kelengkapan status /rekam medik.
 - c) Surat persetujuan operasi dari pasien / keluarga.
 - d) Data laboreatorium, *rontgent*, EKG dan lain-lain.
 - e) Gigi palsu, lensa kontak, perhiasan, cat kuku, *lipstick* dan lain –lain.

- 2) Mengganti baju pasien dengan baju operasi.
- 3) Membantu pasien untuk mengosongkan kandung kemih.
- 4) Mencatat timbang terima pasien serta catatan medis lainnya yang menjadi pendukung data saat pasien akan dioperasi.

Perawat anestesia juga bertugas memberikan pre-medikasi berdasarkan instruksi tertulis dari Dokter Spesialis Anestesiologi atau dokter lain yang berwenang (Majid, Judha & Istianah, 2011). Hal-hal yang harus diperhatikan adalah :

- 1) Memeriksa kembali nama pasien sebelum memberikan obat.
- 2) Mengetahui riwayat penyakit yang pernah diderita.
- 3) Mengetahui riwayat alergi terhadap obat-obatan.
- 4) Memeriksa fungsi vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan) sebelum memberikan premedikasi dan sesudahnya.

b. Fase intra operasi

Fase intra operasi dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah (meja operasi) dan berakhir saat pasien dipindahkan di ruang pemulihan (*Recovery Room*) atau istilah lainnya adalah *Post Anesthesia Care Unit (PACU)*. Pada fase ini ruang lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan intravena catheter, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh

konkrit peran perawat dalam fase intra operasi adalah memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub (instrumentator), atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (Majid, Judha & Istianah, 2011).

Pada fase ini terdapat juga pengisian *checklist*. Yang bertanggung jawab untuk memeriksa *checklist*, yaitu perawat sirkuler tetapi dapat juga setiap dokter yang berpartisipasi dalam operasi. *Checklist* dalam operasi dibagi menjadi tiga fase, masing-masing sesuai dengan periode waktu tertentu dalam prosedur normal : periode sebelum induksi anestesi (*sign in*), periode setelah induksi dan sebelum insisi (*time out*) dan periode selama atau segera setelah penutupan luka (*sign out*) (WHO, 2009).

Sign in yaitu sebelum induksi anestesia, koordinator pengisian *checklist* akan secara verbal mengkonfirmasi dengan pasien (jika mungkin) identitasnya, lokasi operasi, prosedur dan persetujuan operasi telah diperoleh. Koordinator akan selalu mengkonfirmasi bahwa lokasi operasi sudah ditandai (jika perlu) dan akan meninjau secara lisan dengan anestesi profesional mengenai resiko pasien kehilangan darah, penyulit pernapasan, alergi, dan juga apakah persiapan mesin anestesi serta obat-

obatan telah lengkap. Idealnya, ahli bedah akan hadir untuk 'Sign in', karena ahli bedah mungkin memiliki gagasan yang lebih jelas tentang kehilangan darah yang diantisipasi, alergi atau faktor-faktor penyulit potensial lainnya. Namun kehadiran dokter bedah dalam melengkapi *checklist* tidak diwajibkan (WHO, 2009).

Pada fase *Time Out*, tim akan berhenti sesaat sebelum sayatan kulit untuk mengkonfirmasi dengan keras bahwa operasi yang sedang dilakukan pada pasien yang benar dan lokasi yang benar. Semua anggota tim kemudian akan meninjau secara verbal satu sama lain, pada gilirannya, unsur-unsur penting dari rencana mereka untuk operasi, menggunakan pertanyaan *checklist* pada panduan. Mereka juga akan mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya dan bahwa pencitraan penting ditampilkan sebagaimana mestinya (WHO, 2009).

Pada fase *Sign Out* tim akan meninjau bersama operasi yang dilakukan, kelengkapan jumlah spons dan instrumen serta label dari setiap spesimen bedah yang diperoleh. Mereka juga akan meninjau setiap malfungsi peralatan atau masalah yang perlu ditangani. Pada akhirnya tim akan meninjau rencana utama dan kekhawatiran untuk manajemen pasca operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari ruang operasi (WHO, 2009) .

Tujuan perawatan intra operasi yaitu untuk mengupayakan fungsi vital pasien selama anestesi berada dalam kondisi optimal agar pembedahan dapat berjalan dengan lancar dan baik (Majid, Judha & Istianah, 2011). Sebelum tindakan anestesia, perawat anestesi wajib :

- 1) Melakukan pemeriksaan kembali nama pasien, data diagnosa dan rencana operasi.
- 2) Mengenalkan pasien kepada dokter spesialis anesthesiologi, dokter ahli bedah, dokter asisten dan perawat instrumen.
- 3) Memberikan dukungan moril, menjelaskan tindakan induksi yang akan dilakukan dan menjelaskan fasilitas yang ada di sekitar meja operasi.
- 4) Memasang alat-alat pemantau (antara lain tensimeter, ECG dan alat lainnya sesuai dengan kebutuhan).
- 5) Mengatur posisi pasien bersama-sama perawat bedah sesuai dengan posisi yang dibutuhkan untuk tindakan pembedahan.
- 6) Mendokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan.

Selama tindakan anestesi perawat anestesi wajib:

- 1) Mencatat semua tindakan anestesia.
- 2) Berespon dan mendokumentasikan semua perubahan fungsi vital tubuh pasien selama anestesia/pembedahan. Pemantauan meliputi sistem pernapasan, sirkulasi, suhu, keseimbangan cairan, perdarahan, produksi urine dan lain-lain.

- 3) Berespon dan melaporkan pada dokter spesialis anesthesiologi bila terdapat tanda-tanda kegawatan fungsi vital tubuh pasien agar dapat dilakukan tindakan segera.
- 4) Melaporkan pada dokter yang melakukan pembedahan tentang perubahan fungsi vital tubuh pasien dan tindakan yang diberikan selama anestesia.
- 5) Mengatur dosis obat anestesi atas pelimpahan wewenang dokter.
- 6) Menanggulangi keadaan perawat darurat.

Pengakhiran anestesi meliputi :

- 1) Memantau tanda vital secara lebih intensif.
- 2) Menjaga jalan nafas supaya tetap bebas.
- 3) Menyiapkan alat-alat dan obat-obat untuk pengakhiran anestesia dan atau ekstubasi.
- 4) Melakukan pengakhiran anestesia dan atau ekstubasi sesuai kewenangan yang diberikan.

c. Fase pasca operasi

Fase pasca operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau ruang perawatan bedah atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan meliputi rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen atau obat anestesi dan memantau fungsi vital serta

mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan pasien (Majid, Judha & Istianah, 2011). Tujuan perawatan pasca operasi:

- 1) Mengawasi kemajuan pasien sewaktu masa pulih.
- 2) Mencegah dan segera mengatasi komplikasi yang terjadi.
- 3) Menilai kesadaran dan fungsi vital tubuh pasien untuk menentukan saat pemindahan/pemulangan pasien (sesuai dengan “penilaian aldrette”)

Aktivitas perawat anestesi :

- 1) Setelah pengakhiran anestesia, pasien dikirim ke kamar pulih sadar untuk pemantauan fungsi vital tubuh oleh perawat terlatih.
- 2) Bila dianggap perlu pasien dapat langsung dikirim ke ruang rawat khusus (misalnya ICU).
- 3) Bantuan oksigenasi, ventilasi dan sirkulasi tetap diberikan.
- 4) Pemberian analgesia dan sedatif disesuaikan dengan kondisi pasien.
- 5) Keputusan untuk memindahkan pasien dari kamar pulih sadar dibuat oleh dokter yang bertugas.

2. Tim Operasi

Anggota tim operasi secara umum dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu anggota tim steril dan anggota tim non steril (Majid, Judha & Istianah, 2011). Berikut ini adalah bagian dari anggota tim operasi :

- a. Steril : ahli bedah, asisten bedah dan perawat instrumentator (Scrub nurse).
- b. Nonsteril : ahli anestesi, perawat anestesi, perawat sirkuler dan teknisi (operator alat, ahli patologi dan lain-lain)

Menurut (Majid, Judha & Istianah, 2011) pembagian tugas tim operasi (*Surgical Team*) :

Perawat steril :

- a. Mempersiapkan pengadaan alat dan bahan yang diperlukan untuk operasi.
- b. Membantu ahli bedah dan asisten bedah saat prosedur bedah berlangsung.
- c. Membantu persiapan pelaksanaan alat yang dibutuhkan seperti jarum, pisau, kassa dan instrumen yang dibutuhkan untuk operasi.

Perawat sirkuler :

- a. Mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi aktivitas keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.

- b. Mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman.
- c. Menyiapkan bantuan kepada tiap anggota tim menurut kebutuhan.
- d. Memelihara komunikasi antar anggota tim di ruang bedah.
- e. Membantu mengatasi masalah yang terjadi.

3. Fase Time Out

a. Pengertian

Menurut WHO, hal yang termasuk surgical patient safety dalam prosedur pembedahan salah satunya yaitu pembagian fase dalam menentukan *checklist surgical patient safety* yaitu : *Sign in, Time out, dan Sign out* (Hermawan, Saryono & Santoso, 2014). *Time Out* yaitu jeda pembedahan singkat sebelum insisi untuk mengkonfirmasi pasien, prosedur dan lokasi operasi. Ini juga merupakan peluang untuk memastikan bahwa pasien diposisikan dengan benar dan bahwa implan atau peralatan khusus yang diperlukan tersedia (WHO, 2009).

b. Manfaat

Menurut WHO (2009), *time out* atau jeda pembedahan dalam operasi itu merupakan contoh dari peningkatan sistem keselamatan. Fase *time out* ini merupakan sarana untuk memastikan komunikasi yang jelas di antara anggota tim dan menghindari salah lokasi pembedahan maupun salah pasien.

Time out juga berfungsi untuk mendorong komunikasi di antara anggota tim.

c. Pelaksanaan

Yang bertanggung jawab untuk memeriksa checklist yang terdiri dari *sign in*, *time out* dan *sign out* yaitu perawat sirkuler tetapi dapat juga setiap dokter yang berpartisipasi dalam operasi. Komisi gabungan menetapkan bahwa semua anggota tim terlibat aktif dalam proses ini. Setiap kekhawatiran atau inkonsistensi harus diklarifikasi pada tahap ini. Pemeriksaan selama *time out* harus didokumentasikan, berpotensi dalam bentuk daftar periksa, tetapi Protokol Universal meninggalkan desain dan pengiriman ke masing-masing organisasi (WHO, 2009).

Time out atau jeda pembedahan dalam operasi itu merupakan contoh dari peningkatan sistem keselamatan. Namun selama beberapa tahun terakhir telah diperkenalkan di Amerika Serikat dan negara industri lainnya, *Time Out* atau jeda pembedahan sudah diperkenalkan sebagai komponen standar perawatan bedah (WHO, 2009).

Prosedur ini singkat, kurang dari satu menit jeda dalam aktivitas ruang operasi sesaat sebelum insisi, saat dimana semua anggota tim operasi termasuk ahli bedah, ahli anestesi, perawat dan siapa saja yang terlibat, secara verbal mengkonfirmasi

identitas pasien, lokasi operasi, dan prosedur yang harus dilakukan (WHO, 2009).

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

1) Konfirmasi nama dan peran anggota tim

Konfirmasi dilakukan dengan cara semua anggota tim memperkenalkan nama dan perannya, karena anggota tim sering berubah sehingga dilakukan manajemen yang baik yang diambil pada tindakan dengan resiko tinggi seperti pembedahan. Koordinator harus mengkonfirmasi bahwa semua orang telah diperkenalkan termasuk staf, mahasiswa, atau orang lain.

2) Anggota tim operasi melakukan konfirmasi secara lisan identitas pasien, sisi yang akan dibedah, dan prosedur pembedahan

Koordinator *checklist* akan meminta semua orang berhenti dan melakukan konfirmasi identitas pasien, sisi yang akan dilakukan pembedahan, dan prosedur pembedahan agar tidak terjadi kesalahan selama proses pembedahan berlangsung.

- 3) Konfirmasi antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit terakhir

Koordinator *checklist* akan bertanya dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir, anggota tim yang bertanggung jawab dalam pemberian antibiotik profilaksis adalah ahli bedah, dan harus memberikan konfirmasi secara verbal. Jika antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit sebelum, tim harus mempertimbangkan pemberian ulang pada pasien.

- 4) Antisipasi peristiwa kritis

Untuk memastikan komunikasi pada pasien dengan keadaan kritis, koordinaor *checklist* akan memimpin diskusi secara cepat antara ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat terkait bahaya kritis dan rencana selama pembedahan. Hal ini dapat dilakukan dengan meminta setiap pertanyaan langsung dijawab, urutan diskusi tidak penting, tetapi masing-masing disiplin klinis saling berkomunikasi, isi diskusi meliputi:

- a) Untuk dokter bedah : langkah kritis apa, berapa lama kasus ini dilakukan, dan bagaimana antisipasi kehilangan darah. Diskusi langkah-langkah kritis ini dimaksudkan untuk meminimalkan resiko pembedahan. Semua anggota tim mendapat informasi tentang resiko kehilangan darah, cedera, morbiditas. Kesempatan ini juga dilakukan untuk

meninjau langkah-langkah yang mungkin memerlukan peralatan khusus, implan, atau persiapan yang lainnya.

b) Untuk dokter anastesi : kekhawatiran pada pasien yang mungkin terjadi yaitu pada pasien dengan resiko untuk kehilangan darah besar, ketidakstabilan hemodinamik, atau morbiditas (seperti penyakit jantung, paru, aritmia, kelainan darah, dll), anggota tim anastesi harus meninjau ulang rencana spesifik dan kekhawatiran untuk resusitasi khususnya.

c) Untuk perawat : konfirmasi sterilitas masalah peralatan atau masalah apapun. Perawat menanyakan kepada ahli bedah apakah alat-alat yang diperlukan sudah diperlukan sehingga perawat dapat memastikan instrumen di kamar operasi telah steril dan lengkap.

5) Pemeriksaan penunjang berupa foto perlu ditampilkan di kamar operasi. Ahli bedah memberi keputusan apakah foto penunjang diperlukan dalam pelaksanaan operasi atau tidak.

4. Kepatuhan Perawat

Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang yang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati. (Ulum & Wulandari, 2013). Menurut Bastable dalam Warsono (2013), kepatuhan adalah istilah untuk menjelaskan mengenai ketaatan atau pasrah pada tujuan

yang telah ditentukan. Kepatuhan pada program kesehatan adalah perilaku yang dapat diamati dan dengan begitu dapat langsung diukur.

Menurut Wursanto dalam Warsono (2013), kepatuhan berkaitan dengan disiplin yang secara etimologi dalam bahasa latin “*disipel*” yang berarti pengikut. Dalam perkembangannya mengalami perubahan menjadi “*disipline*” yang berarti kepatuhan atau yang membuat tata tertib. Kepatuhan berkaitan dengan disiplin kerja yaitu suatu sikap ketaatan seseorang terhadap aturan atau ketentuan yang berlaku dalam organisasi, yaitu : menggabungkan diri dalam organisasi itu atas dasar keinsyafan, bukan unsur paksaan.

5. Faktor-Faktor Kepatuhan Perawat

Faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat, yaitu (Ulfa & Sarzuli, 2016):

Faktor Internal :

a. Usia

Semakin cukup usia seseorang maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan suatu tindakan. Sehingga semakin matang usia perawat diharapkan dapat meningkatkan kinerja, dan dapat menyalurkan pengetahuan dan

pengalamannya untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien rumah sakit (Ulfa & Sarzuli, 2016).

b. Jenis Kelamin

Perbedaan nilai dan sifat berdasarkan jenis kelamin ini akan mempengaruhi pria dan wanita dalam membuat keputusan dan praktik. Para pria akan bersaing untuk mencapai kesuksesan dan lebih cenderung melanggar peraturan yang ada karena mereka memandang pencapaian prestasi sebagai suatu persaingan. Berkebalikan dengan pria yang mementingkan kesuksesan akhir atau *relative performance*, para wanita lebih mementingkan *self performance*. Wanita akan lebih menitikberatkan pada pelaksanaan tugas dengan baik dan hubungan kerja yang harmonis, sehingga wanita akan lebih patuh terhadap peraturan yang ada (Ulfa & Sarzuli, 2016).

c. Masa kerja

Pengalaman atau masa kerja adalah keseluruhan pelajaran yang diperoleh seseorang dari peristiwa yang dialami selama perjalanan kerja. Semakin lama seseorang bekerja dalam satu bidang maka semakin terampil seseorang dalam pekerjaannya. (Ulfa & Sarzuli, 2016).

Masa kerja lama di ruang bedah dapat memiliki pengalaman yang sangat besar dan bermanfaat dalam menentukan hasil pembedahan, terutama bagi yang bertugas di kamar pembedahan

khusus seperti perawat instrumen bedah syaraf, bedah jantung, bedah onkologi dan lain-lainnya (Warsono, 2013).

d. Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2011) dalam Warsono (2013), pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini merupakan kejadian setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pada pengetahuan.

Sebuah penelitian menyatakan bahwa perilaku seseorang itu didasari oleh pengetahuan yang diketahuinya, semakin banyak pengetahuan seseorang maka perilakunya lebih baik dari pada seseorang yang pengetahuannya sedikit. Pengetahuan seseorang bisa didapatkan dari pendidikan formal, nonformal, dan juga dari pengalaman seseorang (sesuatu yang pernah dialami seseorang tentang sesuatu hal) (Ulfa & Sarzuli, 2016).

e. Sikap

Sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan terhadap suatu objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari - hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Seseorang akan cenderung

bersikap positif jika memiliki pengetahuan dan faktor eksternal yang mendukung orang tersebut (Ulfa & Sarzuli, 2016).

Faktor Eksternal :

a. Karakteristik Kelompok

Persepsi perawat terhadap pekerjaannya meliputi lingkungan kerja yang baik, anggota kelompok atau tim yang kompak dalam melaksanakan pekerjaan, yang mendorong perawat merasa tertantang dengan lingkungan pekerjaan saat ini. Persepsi perawat pelaksana dalam melihat pekerjaan dan lingkungannya dapat memberikan dampak bagi kinerja yang ditunjukkan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Kinerja perawat dipengaruhi secara bersama-sama oleh kepuasan kerja dan persepsi perawat tentang kepemimpinan. Karakteristik kelompok dapat dinilai dalam tiga aspek yaitu dalam kesempatan pengembangan diri dengan adanya karakter dalam suatu kelompok yang berbeda, hubungan antar teman yang memungkinkan terbentuknya sebuah karakter dan baik buruknya kerja sama dalam suatu kelompok (Ulfa & Sarzuli, 2016).

b. Lingkungan kerja

Lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. Lingkungan

kerja yang baik bagi seorang perawat sangatlah penting misalnya membangun dukungan sosial dari pimpinan rumah sakit, kepala perawat, perawat itu sendiri dan teman-teman sejawat. Lingkungan yang harmonis dan positif akan membawa dampak yang positif pula pada kinerja perawat, sebaliknya lingkungan negatif akan membawa dampak buruk pada proses pemberian pelayanan asuhan keperawatan (Ulfa & Sarzuli, 2016).

Seseorang cenderung berperilaku sama dengan rekan atau sesama dalam lingkungan sosialnya. Orang cenderung bersama sesuai dengan kelompok sosialnya misalnya Usia, jenis kelamin, ras, agama, hobi, pekerjaan cenderung bertindak dan berperilaku seperti anggota dari kelompok tersebut. Menurut Encina, salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan adalah kehadiran atau keberadaan rekan yang menolak untuk patuh. Menurut Fernald, Lingkungan yang tidak patuh akan memudahkan seseorang untuk berbuat ketidakpatuhan sehingga sama dengan lingkungannya meskipun kepatuhan adalah sesuatu yang penting (Ulum & Wulandari, 2013). Menurut Pratama (2016) indikator lingkungan kerja yaitu sebagai berikut:

1) Suasana kerja

Suasana kerja adalah kondisi yang ada disekitar karyawan yang sedang melakukan pekerjaan yang dapat

memengaruhi pelaksanaan pekerjaan itu sendiri. Suasana kerja ini akan meliputi tempat kerja, fasilitas dan alat bantu pekerjaan, kebersihan, pencahayaan, ketenangan termasuk juga hubungan kerja antara orang-orang yang ada ditempat tersebut.

2) Hubungan dengan rekan kerja

Hubungan dengan rekan kerja yaitu hubungan dengan rekan kerja harmonis dan tanpa ada saling intrik diantara sesama rekan sekerja. Salah satu faktor yang dapat memengaruhi karyawan tetap tinggal dalam satu organisasi adalah adanya hubungan yang harmonis diantara rekan kerja.

3) Hubungan antara bawahan dengan pimpinan

Hubungan antara karyawan dengan pimpinan yaitu hubungan dengan karyawan yang baik dan harmonis dengan pimpinan tempat kerja. Hubungan yang baik dan harmonis dengan pimpinan tempat kerja merupakan faktor penting yang dapat memengaruhi kinerja karyawan.

4) Tersedianya fasilitas kerja

Hal ini dimaksudkan bahwa peralatan yang digunakan untuk mendukung kelancaran kerja lengkap/mutakhir. Tersedianya fasilitas kerja yang lengkap, walaupun tidak baru merupakan salah satu penunjang proses dalam bekerja.

c. Beban Kerja

Faktor beban kerja terdiri dari *quantitative workload*, *qualitative workload* dan *workload variability*. Beban kerja dapat mempengaruhi stres kerja karyawan selain itu juga dapat mempengaruhi pelayanan kepada pasien serta keselamatan pasien sehingga kinerja perawat menjadi rendah. (Ulfa & Sarzuli, 2016).

Dalam menjalankan tugas dan kewajibannya seorang karyawan akan dihadapkan kepada banyak problem baik secara pribadi maupun dalam kelompok kerjanya. Berbagai problem tersebut dapat berdampak secara psikologis atau fisik, hal ini tergantung apa penyebab problem tersebut. Menghadapi problem dalam pekerjaannya, seorang karyawan berbeda antara yang satu dengan yang lainnya cara menyelesaikan masalahnya. Ketangguhan dalam menghadapi masalah di bidang pekerjaan pada umumnya diketahui melalui besar kecilnya beban kerja yang dialami oleh seorang karyawan. Beban kerja dalam jumlah tertentu dapat mengarah ke gagasan-gagasan yang inovatif dan keluaran konstruktif (Zuraida, 2013).

Beban kerja adalah reaksi individu terhadap kondisi lingkungan dan pekerjaannya (Zuraida, 2013). Item beban kerja meliputi:

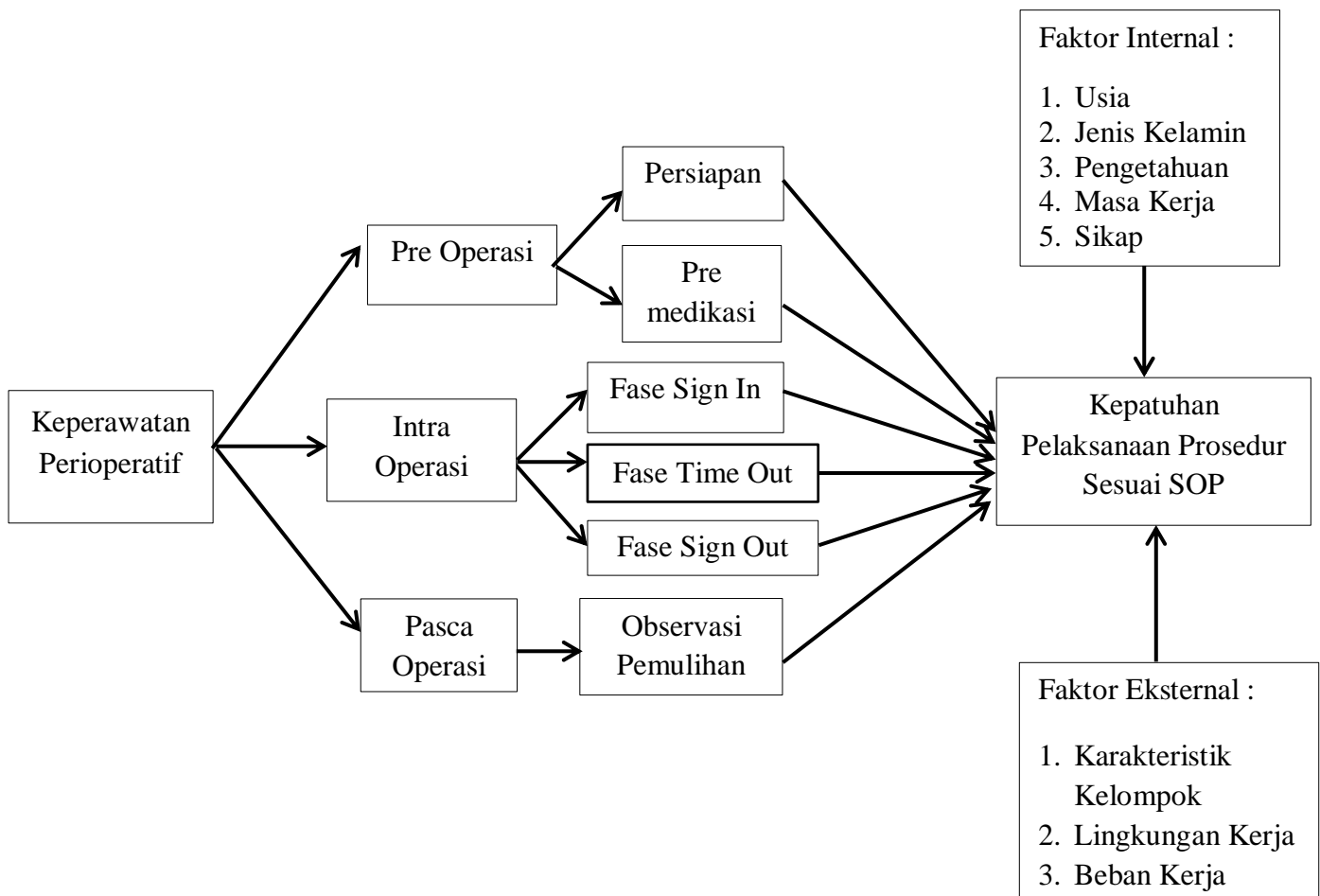
- 1) Kondisi psikologi karyawan dalam menjalankan tugas dan kewajiban
- 2) Problem pribadi maupun kelompok dalam organisasi
- 3) Ketangguhan karyawan dalam menghadapi masalah
- 4) Kondisi struktur organisasional di perusahaan
- 5) Dorongan karyawan dalam mencapai prestasi

Menurut Nursalam (2015), beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja perawat antara lain :

- 1) Jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulan /tahun di unit tersebut.
- 2) Kondisi atau tingkat ketergantungan pasien.
- 3) Rata-rata hari perawatan
- 4) Penguatan keperawatan langsung, perawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan.
- 5) Frekuensi tindakan keperawatan yang dibutuhkan pasien
- 6) Rata-rata waktu perawatan langsung , tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

B. Kerangka Teori

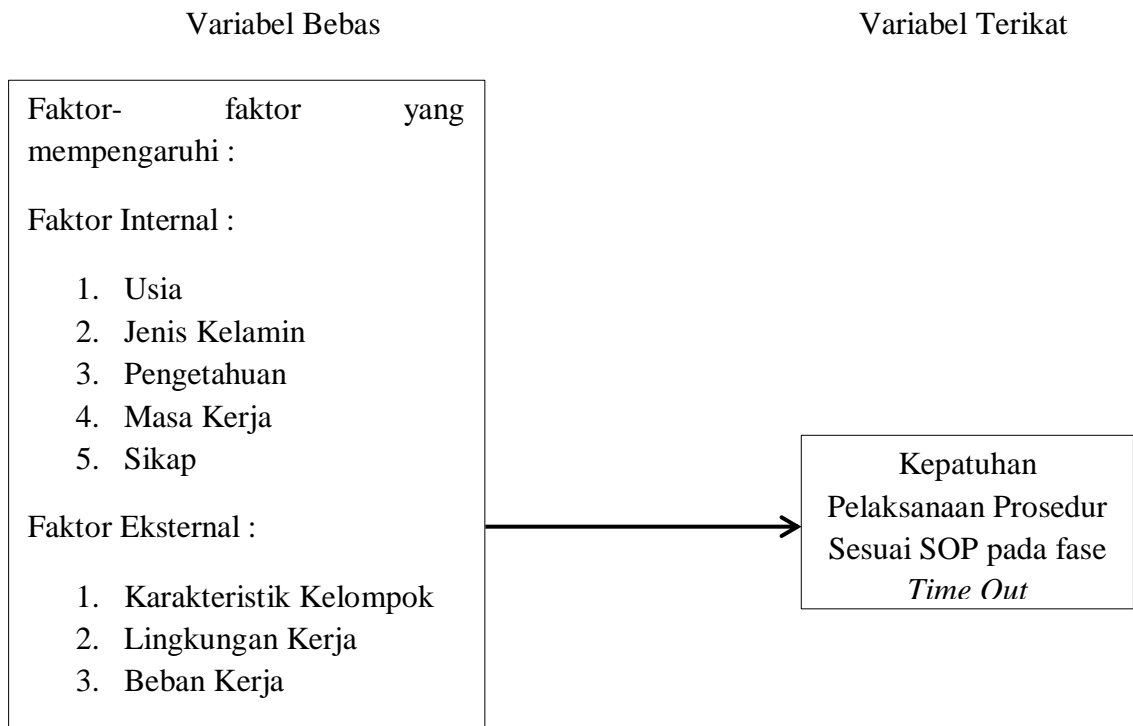
Kerangka teori ini disusun dengan modifikasi konsep-konsep yang diuraikan diatas. Adapun kerangka teori penelitiannya sebagai berikut:



Gambar 1. Kerangka Teori Determinan Kepatuhan Perawat Terhadap Pelaksanaan Prosedur Time Out Sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP)

Sumber : (Majid, dkk, 2011), (WHO,2009), (Hermawan, dkk, 2014), (Ulum & Wulandari, 2013), (Warsono,2013), (Ulfa & Sarzuli, 2016),

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Determinan Kepatuhan Perawat Terhadap Pelaksanaan Prosedur Time Out Sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP)

Sumber : (Majid, dkk, 2011), (WHO,2009), (Hermawan, dkk, 2014), (Ulum & Wulandari, 2013), (Warsono,2013), (Ulfa & Sarzuli, 2016)

D. Hipotesis

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah

1. Usia perawat mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan prosedur *Time Out* sesuai SOP.
2. Jenis kelamin perawat mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan prosedur *Time Out* sesuai SOP.
3. Pengetahuan perawat mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan prosedur *Time Out* sesuai SOP.
4. Masa kerja perawat mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan prosedur *Time Out* sesuai SOP.
5. Sikap perawat mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan prosedur *Time Out* sesuai SOP.
6. Karakteristik kelompok perawat mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan prosedur *Time Out* sesuai SOP.
7. Lingkungan kerja perawat mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan prosedur *Time Out* sesuai SOP.
8. Beban kerja di perawat mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan prosedur *Time Out* sesuai SOP.