

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Surgical safety ceklist**

###### a. Definisi surgical safety checklist

Merupakan alat komunikasi, mendorong *teamwork* untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi untuk meningkatkan kualitas dan menurunkan kematian serta komplikasi akibat pembedahan pada pasien, dan memerlukan persamaan persepsi antar ahli bedah, anastesi, dan perawat selama tindakan pembedahan.

Surgical safety checklist yang dibuat oleh WHO tersebut merupakan penjabaran dari enam sasaran keselamatan pasien diterjemahkan dalam bentuk formulir, yang diisi melakukan checklist. Checklist tersebut sudah baku dari WHO yang merupakan alat komunikasi praktis dan sederhana untuk memastikan keselamatan pasien pada tahap pre operative, dan pasca operative dilakukan tepat waktu dan memberikan kemudahan bagi tim bedah. Surgical safety checklist di kamar bedah dilakukan melalui tiga tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktu yang tersendiri yaitu, (*sign in*) sebelum pasien dianter ke kamar operasi, (*time out*) sebelum insisi kulit pasien, (*sign out*) sebelum pasien dikeluarkan dari kamar operasi.

b. **Pengertian *Sign In***

*Sign In* merupakan fase verifikasi pertama sesaat pasien tiba di ruang terima atau ruang persiapan atau sebelum pasien dilakukan induksi anastesi, bahkan dari checklist yang disusun oleh WHO itu, tim berwajib untuk mengkonfirmasi lokasi (*site marking*) pada tubuh yang akan dilakukan manipulasi oleh pembedahan. Dibagian mana, kiri atau kanan, depan atau belakang (WHO, 2011).

Tindakan yang dilakukan pada *sign in* adalah memastikan identitas, lokasi/ area operasi, prosedur operasi serta persetujuan operasi. Pasien atau keluarga diminta secara lisan untuk menyebutkan nama lengkap, tempat tanggal lahir dan tindakan yang akan dilakukan. Penandaan lokasi operasi yang harus dilakukan oleh dokter bedah yang akan melakukan pembedahan. Pemeriksaan keamanan anastesi yang dilakukan oleh ahli anastesi dan harus memastikan kondisi pernafasan, resiko perdarahan, antisipasi adanya komplikasi yang akan terjadi dan riwayat alergi pada pasien. Memastikan peralatan anastesi berfungsi dengan baik, tersedia alat dan obat-obatan anastesi dan obat *emergenci* lengkap (Haynes 2009 dalam Irmawati, 2017).

c. Tujuan pelaksanaan *Sign In*

Menurut Haynes 2009 dalam Irmawati,2017), tujuan penerapan *sign in* dibagi menjadi tiga, yaitu:

- 1). Meningkatkan keselamatan pasien pada tindakan pembedahan
- 2). Menurunkan komplikasi serta
- 3). Menurunkan tingkat kematian karena tindakan pembedahan

4). Meningkatkan pencapaian indikator keselamatan pasien.

Tujuan penerapan *sign in* dibagi menjadi empat yaitu:

- 1). Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- 2). Meningkatkan akuntabilitas terhadap rumah sakit
- 3). Menurunkan kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit.
- 4). Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan (Kemenkes, 2011).

d. Manfaat pelaksanaan *sign in*

Tentunya penerapan *sign in* yang baik akan memberikan dampak yang positif bagi rumah sakit, terkait dengan pelayanan keselamatan pasien di rumah sakit. Jika perawat melaksanakan *sign in* dengan tepat akan memberikan manfaat yang bagi rumah sakit dan juga bagi pasien (Saputra Frman A, Elsa Maria R, 2014).

- 1). Pasien akan terhindar dari kesalahan praktik.
- 2). Keselamatan pasien akan terjamin.
- 3). Menurunkan angka komplikasi akibat tindakan pembedahan.
- 4). Menurunkan angka kematian.

e. Dampak tidak melaksanakan *sign in*.

- 1). Kesalahan pada pasien yang akan dioperasi.
- 2). Kesalahan lokasi operasi.
- 3). Kesalahan memberikan transpusi darah.
- 4). Kesalahan prosedur operasi.
- 5). Terjadi jalan nafas pada pasien dengan riwayat asma.

f. Cara memastikan prosedur operasi yang benar

- 1). *Informed consent*
- 2). *Marking the site*
- 3). *Patient identification*
- 4). *Imaging data*

g. Komponen komponen dalam pelaksanaan *sign in*

Tindakan *Sign in* dilakukan di ruang penerimaan sebelum pasien diantarkan ke ruang operasi atau meja operasi.

- 1). Pasien tiba di ruang penerimaan
- 2). Evaluasi kembali rekam medis pasien yang bersangkutan berkaitan dengan identitas, hasil pengukuran *vital sign* terakhir, kelengkapan dokumen termasuk surat persetujuan pembedahan atau formulir persetujuan operasi.
- 3). Menanyakan riwayat alergi
- 4). Resiko kehilangan darah saat pembedahan.
- 5). Resiko gangguan pada jalan nafas.
- 6). Konfirmasi lokasi pada tubuh yang akan di manipulasi oleh pembedahan.
- 7). Konfirmasi kesiapan peralatan serta jenis anastesi yang akan digunakan.
- 8). Konfirmasih kesipan pulse oximetri dan berfungsi dengan baik.
- 9). Konfirmasi kesiapan mesin anastesi telah berfungsi dengan baik.
- 10). Konfirmasi pasien telah puasa.
- 11). Menanyakan kesiapan pasien siap dilakukan operasi serta.

12). Kesiapan perawat anastesi dan dokter.

13). Konfirmasi kesiapan obat-obatan anastesi dan obat *emergency*.

## **2. Kepatuhan**

### **a. Pengertian kepatuhan**

Menurut kamus besar bahasa Indonesia patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah. Sedangkan kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap aturan, perintah, prosedur dan disiplin. Patuh adalah sikap positif individu yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan yang ditetapkan (Sitinjak Labora, 2015).

Kepatuhan merupakan perubahan perilaku atau kepercayaan seseorang dari akibat adanya kelompok yang terdiri dari pemenuhan dan penerimaan, serta mengikuti peraturan atau perintah langsung yang diberikan kepada suatu kelompok maupun individu (Ulum, 2013).

Di dalam konteks psikologi kesehatan, kepatuhan mengacu kepada situasi ketika perilaku seorang individu sepadan dengan tindakan yang dianjurkan atau nasehat yang diusulkan oleh seorang praktisi kesehatan atau informasi yang diperoleh dari suatu sumber informasi lainnya seperti nasehat yang diberikan dalam suatu brosur promosi kesehatan melalui suatu kampanye media massa dan nasehat oleh seorang pemimpin atau kepala ruang kepada perawat yang melakukan tindakan keperawatan.

Kepatuhan adalah perilaku perawat sebagai seorang yang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau aturan yang harus dilakukan atau ditaati (Ega

Lestari & Rosyidah, 2011). Kepatuhan perawat professional adalah sejauh mana perilaku seseorang perawat sesuai dengan ketaatan, pasrah, dan ketentuan tujuan terhadap aturan yang diberikan oleh pimpinan perawat ataupun rumah sakit (Niven, 2002 dalam Oktaviani Hesti, 2015).

b. Faktor faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan perawat

Menurut setiadi, (2012), faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dibagi menjadi dua yaitu faktor internal meliputi pengetahuan, sikap, motivasi, pendidikan, masa kerja, usia, kemampuan, dan faktor eksternal meliputi karakteristik organisasi, karakteristik kelompok kerja, karakteristik pekerjaan, karakteristik lingkungan.

1). Faktor Internal

a). Pengetahuan

Pengetahuan merupakan fungsi dari sikap, menurut fungsi ini manusia mempunyai dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencapai penalaran dan untuk mengorganisasi pengalaman. Pengetahuan hasil tahu setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku didasari oleh pengetahuan akan lebih lenggeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan piker dalam menumbuhkan kepercayaan diri maupun dorongan sikap dan perilaku, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulus terhadap tindakan sesuatu seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Tahapan pengetahuan menurut Benjamin S. Blom ( dalam Budiman, 2014 )  
tercakup dalam 6 tahapan sebagai berikut:

(1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai pengingat suatu memori yang telah diajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Tahu berisikan kemampuan untuk mengenali dan mengingat peristilahan, definisi, fakta-fakta, gagasan, pola urutan, prinsip dasar, dan sebagainya.

(2) Memahami (*comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara besar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek, atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menimpun dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

(3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menggunakan materi yang sudah dipelajari pada situasi atau kondisi real yang sebenarnya. Aplikasi disin dapat diartikan sebagai aplikasi atau menggunakan hukum-hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

(4) Analisa (*analysis*)

Analisa adalah suatu kemampuan seseorang untuk menjabarkan materi atau suatu objek yang sudah dipelajari ke dalam komponen-komponen, tidak terpisah dari satu organisasi, tetap dalam satu organisasi, dan masih kaitannya satu sama lain. Analisis ini dapat dilihat atau dinilai dari penggunaan kata kerja, seperti dapat digambarkan (membuat bagan), membedahkan, memisahkan, mengelompokan, dan sebagainya.

(5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukan kepada suatu kemampuan untuk meletakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

(6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan tahap akhir dari semua proses. Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek yang dilaksanakan. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteri-kriteria yang sudah ada.

b). Sikap

sikap merupakan pernyataan evaluative baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan terhadap objek, individu atau peristiwa. Sikap adalah kecenderungan, pandangan, pendapat atau pendirian seseorang untuk menilai suatu objek atau persoalan dan bertindak sesuai dengan



penilaiannya dengan menyadari perasaan positif dan negatif dalam menghadapi suatu objek (Azwar,S. 2011).

Menurut Notoatmodjo (2010), sikap terdiri atas berbagai tingkatan, sebagai berikut:

(1) Menerima

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

(2) Merespon

Merespon memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

(3) Menghargai

Menghargai adalah suatu sikap yang hormat sesuatu, tetapi tidak untuk merubah perilaku sendiri.

(4) Bertanggung jawab

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

c). Motivasi

Motivasi adalah logika yang mendasar proses belajar menurut Notoatmodjo (2010), membagi empat pengaruh motivasi yang dalam perilaku seseorang, yaitu:

(1) Motivasi dapat memicu individu untuk memenuhi perilaku tertentu.

- (2) Motivasi dapat mendorong seseorang tertentu untuk dapat terus dilakukan.
- (3) Motivasi dapat mengarahkan perilaku individu guna mencapai tujuan tertentu.
- (4) Motivasi dapat mengarahkan individu sensitive untuk melakukan perilaku tertentu, sebaliknya seseorang yang tidak mempunyai motivasi belajar, akan menghabiskan banyak waktu (di sekolah maupun universitas) individu tersebut tidak akan mendapat apa-apa dalam proses belajar.

Dari batasan yang berbedah seperti tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa motivasi pada dasarnya merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya (Notoatmodjo, 2010).

#### d). Pendidikan

Pendidikan adalah usaha dasar yang terencana untuk mewujudkan dalam proses pembelajaran yang terwujud aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan. Pendidikan dapat diperoleh dari dalam diri dan dari luar sekolah. Pendidikan dapat diperoleh dari dalam diri maupun diluar sekolah. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut menerima informasi (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan yang dimaksud adalah pendidikan formal yang didapat dari bangku sekolah. Pendidikan sekarang menentukan luasnya pengetahuan seseorang dimana orang yang

berpendidikan dan bekerja dalam bidang kesehatan dan keselamatan kerja dapat memberikan landasan yang mendasari sehingga memerlukan partisipasi secara efektif dalam menentukan diri sendiri pemecahan masalah di tempat kerja (Budiman, 2014).

e). Masa kerja

Masa kerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja di suatu tempat. Masa kerja tentu saja dapat mempengaruhi tenaga kerja tersebut baik dari segi *positif* maupun *negatif*. Pengaruh positif jika seorang tenaga kerja terlalu lama bekerja maka semakin banyak pengalaman dalam melakukan tugasnya. Sebaliknya pengaruh negatif jika seorang tenaga kerja bekerja semakin lamanya maka tentu akan menimbulkan kebosanan (Notoatmodjo, 2010). Masa kerja merupakan salah satu alat yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang, dengan melihat masa kerjanya dapat mengetahui telah berapa lamanya seseorang bekerja dan dapat dinilai sejauh mana pengalamannya.

f). Usia

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai dengan saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir menyelesaikan tugas dan bekerja. Dari segi kepercayaan, seorang yang lebih dewasa akan dipercaya dari pada seseorang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Menurut(Notoatmodjo,2010), membagi usia menurut tingkat kedewasaan sebagai berikut:

- (1) 0-14 tahun : bayi dan anak-anak
- (2) 15-49 tahun : orang muda dan dewasa
- (3) > 50 tahun : orang tua

g). Kemampuan

kemampuan adalah bakat seseorang untuk melakukan fisik atau mental. Kemampuan seseorang pada umumnya stabil. Kemampuan merupakan faktor yang dapat membedakan karyawan yang berkinerja tinggi dan berkinerja rendah (Notoatmodjo, 2010).

2). Faktor Eksternal

a). Karakteristik organisasi

keadaan dari organisasi dan struktur organisasi ditentukan oleh filosofi dari manajer dari organisasi tersebut. (Ulum, 2013) berpendapat bahwa karakteristik organisasi meliputi komitmen organisasi dan hubungan antara teman sekerja dan supervisor yang akan berpengaruh terhadap kepuasan kerja dan perilaku individu.

b). Karakteristik Kelompok Kerja

karakteristik kelompok adalah adanya interaksi, struktur, kebersamaan, tujuan, suasana kelompok dan adanya dinamika interdependen. Tekanan dari kelompok sangat mempengaruhi hubungan interpersonal dan tingkat kepatuhan individu, karena individu terpaksa mengalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebanyak individu tersebut tidak menyetujuinya.

c). Karakteristik pekerjaan

karakteristik pekerjaan adalah sifat yang berbedah antara jenis pekerjaan yang satu dengan yang lainnya yang bersifat khusus dan merupakan inti pekerjaan yang berisikan sifat-sifat tugas yang ada di dalam semua pekerjaan serta dirasakan oleh para pekerja sehingga dapat mempengaruhi sikap atau perilaku terhadap pekerjaan (Sitinjak Labora, 2015).

d). Karakteristik lingkungan

Apabila perawat bekerja dalam suatu lingkungan yang terbatas dan berinteraksi yang secara konstan dengan staf lain, pengunjung, dan tenaga kesehatan lain dapat menurunkan motivasi perawat terhadap pekerjaannya, dapat menyebabkan stres, dan menimbulkan kepenatan (Sitinjak Labora, 2015).

c. Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan perawat

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan perawat di bagi menjadi empat bagian, yaitu:

1). Pemahaman tentang intruksi

seorang tidak dapat melakukan sesuatu jika ia tidak paham terhadap intruksi yang diberikan. Tak seorang pun dapat mematuhi intruksi jika ia salah paham tentang intruksi yang diberikan kepadanya. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan professional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah medis yang terlalu banyak

memberikan intruksi yang harus diingat oleh perawat ( Niven, 2002 dalam Oktaviani Hesti, 2015).

## 2). Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara profesi, perawat, dan pasien merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang paling penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Pentingnya ketrampilan interpersonal dalam memacu kepatuhan terhadap tindakan medis menunjukkan pentingnya sensitifitas dokter terhadap komunikasi verbal dan nonverbal perawat, dan empati terhadap perasaan perawat, akan menghasilkan suatu kepatuhan sehingga akan menghasilkan kepuasan ( Niven, 2002 dalam Oktaviani Hesti, 2015).

## 3). Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta juga dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif berhubungan dengan kepatuhan. Bagaimanapun, dalam kaitannya dengan kepatuhan, perlu dicatat bahwa jaringan kerja rujukan biasa telah berperan penting dalam penentuan keputusan untuk mencari dan mematuhi anjuran pengobatan ( Niven, 2002 dalam Oktaviani Hesti, 2015).

#### 4). Keyakinan, sikap dan kepribadian

Model keyakinan kesehatan berguna untuk memperbaiki adanya ketidak patuhan. Orang yang tidak patuh adalah orang-orang yang mengalami depresi, ansietas, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan yang kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lemah ditandai dengan kekurangan dalam hal pengendalian diri sendiri dan kurangnya penguasaan terhadap lingkungan (Niven, 2002 dalam Oktaviani Hesti, 2015).

#### d. Kriteria kepatuhan

Menurut Depkes RI 2006(dalam Devi Darliana, 2016) kriteria kepatuhan dibagi menjadi tiga yaitu:

- 1). Patuh adalah suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah ataupun aturan dan semua aturan maupun perintah yang dilakukan semua benar.
- 2). Kurang patuh suatu tindakan yang melaksanakan perintah ataupun aturan dan hanya sebagian aturan maupun perintah dilakukan sebagian benar.
- 3). Tidak patuh suatu tindakan yang mengabaikan aturan dan melaksanakan perintah benar. Untuk mendapatkan nilai kepatuhan yang lebih akurat atau terukur maka perlu ditentukan angka atau nilai dari tingkat kepatuhan tersebut, sehingga bias dibuatkan rangking tertinggi kepatuhan seseorang. Menurut yayanan (2006), tingkat kepatuhan dapat di bagi menjadi tiga tingkat, yaitu:

a). Patuh : 75%-100%

b). Kurang patuh : 50%-70%

c). Tidak patuh : < 50%

### 3. Keselamatan Pasien

#### a. Pengertian keselamatan pasien

Keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan bebas dari bahaya yang terjadi dengan tidak sengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis. Praktek keselamatan pasien untuk mengurangi risiko kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan paparan terhadap lingkungan diagnosis atau kondisi perawatan medis (Devi Darliana, 2016).

Hal terpenting dalam pemberian pelayanan kesehatan adalah keselamatan pasien (*patient safety*) itu sendiri. Rumah sakit sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan harus dapat menjamin pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien karena keselamatan pasien di sebuah rumah sakit merupakan bagian dari sistem rumah sakit untuk membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut berkaitan dengan penanganan risiko, melakukan identifikasi dan pengobatan yang berhubungan dengan risiko pasien, memberikan laporan dan hasil analisis insiden atau kejadian yang terjadi, kemampuan untuk belajar dari insiden dan tindak lanjut yang dilakukan serta solusi yang diambil untuk mengurangi timbulnya risiko termasuk pencegahan untuk menghindari cedera yang timbul akibat dari kesalahan dalam mengambil suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan (Permenkes RI, 2017).



Keselamatan pasien merupakan komponen penting dan vital dalam asuhan keperawatan yang berkualitas. Hal ini menjadi penting karena Patient safety merupakan suatu langkah untuk memperbaiki mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan. Inti dari patient safety yaitu penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan. Sehingga, program utama patient safety yaitu suatu usaha untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit yang sangat merugikan baik pasien maupun pihak rumah sakit. Keselamatan bertujuan menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat ataupun selama tindakan operasi dirumah sakit sehingga sangat merugikan baik pasien sendiri dan pihak rumah sakit (Cahyono 2008 dalam Triwibow, 2016).

Berdasarkan definisi dari berbagai sumber diatas dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan suatu bagian penting dalam mutu pelayanan yang menekankan pada suatu kondisi yang tidak merugikan pasien, mengurangi dan meminimalkan risiko melalui berbagai upaya sistemik yang berorientasi pada optimalisasi hasil pelayanan yang diteliti pasien

a. Tujuan keselamatan pasien

Tujuan keselamatan pasien menurut Permenkes RI. (2017) adalah untuk

- 1). Menciptakan budaya atau iklim keselamatan pasien di rumah sakit
- 2). Meningkatkan kepercayaan pasien dan masyarakat terhadap rumah sakit.
- 3). Mengurangi kejadian yang tidak diharapkan dan

- 4). Terwujudnya pelaksanaan program pencegahan sehingga tidak terjadi kembali kejadian yang tidak diharapkan.

b. Sasaran Keselamatan Pasien

Enam sasaran keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit menurut Permenkes No. 1619/Memkes//Per/VIII//2011 yaitu ketepatan dalam identifikasi pasien; meningkatkan komunikasi efektif; peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi; mengurangi resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, mengurangi resiko jatuh. Adapun penjelasan adalah sebagai berikut:

- 1). Sasaran I : ketepatan mengidentifikasi pasien

Kegagalan atau kesalahan dalam melakukan identifikasi terhadap pasien bisa terjadi di semua aspek/ tahapan diagnosis dan pengobatan, seperti ketika pemberian obat dan darah, pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis serta penyerahan bayi kepada bukan keluarganya. Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat juga terjadi saat pasien dalam kondisi terbius atau tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur, kamar atau lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensorik, atau akibat situasi lain (Permenkes, 2011).

Tujuan dari sasaran yang pertama ini adalah untuk: Melakukan identifikasi terhadap pasien sebagai individu yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan atau pengobatan, dan untuk memastikan kesesuaian

elayanan atau pengobatan yang diberikan terhadap individu atau pasien tersebut.

Elemen penilaian sasaran ketepatan identifikasi pasien menurut Kemenkes, (2011) meliputi 5 elemen, yaitu:

- (a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien (nama pasien nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code), tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien dirawat.
- (b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah
- (c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesienn lain untuk pemeriksaan klinis
- (d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan prosedur
- (e) Kebijakan dan prosedur pengarahan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

## 2). Sasaran II : Peningkatan komunikasi efektif

Komunikasi efektif adalah saling bertukar informasi, ide, kepercayaan, perasaan dan sikap antara dua orang atau kelompok yang hasilnya sesuai dengan harapan. Komunikasi yang buruk merupakan penyebab yang paling sering menimbulkan efek samping pada semua aspek pelayanan kesehatan, sehingga menimbulkan permasalahan dalam mengidentifikasi pasien, kesalahan pengobatan dan tranfusi serta alergi diabaikan, salah prosedur operasi, dan salah sisi bagian yang dioperasi.

Komunikasi yang efektif diimplementasikan dengan menggunakan metode S-BAR yang meliputi S (*Situation*) artinya situasi yang

menggambarkan keadaan pasien sehingga perlu dilaporkan, B (*Background*) artinya gambaran riwayat atau hal yang mendukung terjadinya kondisi atau situasi pasien saat ini, A (*Assessment*) artinya kesimpulan dari hasil analisa terhadap gambaran situasi dan *background*, dan R (*Recomendation*) artinya usulan pelapor kepada dokter tentang alternatif tindakan yang mungkin dilakukan (Permenkes, 2011).

Tujuan dari serah terima adalah untuk memberikan dan menyediakan informasi secara akurat, tepat waktu tentang rencana keperawatan, pengobatan, kondisi terkini dan perubahan kondisi pasien yang baru saja terjadi ataupun yang dapat diantisipasi. Serah terima informasi pasien dilakukan antar perawat antar shift, pengalihan tanggung jawab dari dokter ke perawat, dan pengalihan tanggung jawab sementara (saat istirahat makan), antar perawat per ruangan.

Elemen penilaian sasaran II menurut Permenkes (2011), terdiri dari empat hal diantaranya:

- (a) Penyampaian perintah lengkap secara lisan dan tulisan melalui telepon atau penerima perintah menuliskan hasil pemeriksaan secara lengkap.
- (b) Penyampaian perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau penerima perintah membacakan hasil pemeriksaan secara lengkap.
- (c) Pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan mengkonfirmasi perintah atau hasil pemeriksaan dan
- (d) Pelaksanaan verifikasi ketepatan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang berlaku.

### 3). Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Kesalahan pengobatan dapat menyebabkan bahaya bagi pasien. Perawat mempunyai peran penting dalam menyiapkan obat maka perawat perlu waspada dalam mencegah kesalahan obat. Hal yang paling sering menjadi penyebab kesalahan obat (*medication error*) adalah nama obat, rupa dan ucapan mirip (*NORUM*) atau *Look Alike Sound Alike* (LASA) yang membingungkan staf pelaksana (Permenkes, 2017).

Kesalahan pengobatan adalah peristiwa atau kejadian yang dapat dihindari yang dapat membahayakan pasien yang timbul sebagai akibat dari pemakaian obat yang tidak sesuai. Perilaku perawat dalam melakukan keamanan obat yang perlu diwaspadai yaitu melakukan pemberian pengobatan dalam prinsip enam benar yaitu benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu dan benar pasien. Perawat masih banyak membuat kesalahan meskipun telah diverifikasi dengan prinsip lima benar, untuk itu perlu diverifikasi lagi dengan resep harus terbaca, lingkungan yang kondusif tanpa gangguan selama putaran pengobatan dan pola staf yang memadai.

Elemen penilaian Sasaran III menurut Permenkes (2011) meliputi:

- (a) Pengembangan dari kebijakan dan prosedur hendaknya mencantumkan proses identifikasi, penetapan lokasi, pemberian label dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- (b) Penerapan kebijakan dan prosedur
- (c) Unit pelayanan pasien tidak menyimpan elektrolit konsentrat kecuali jika dibutuhkan secara klinis. Hal ini dilakukan untuk mencegah pemberian

obat atau cairan yang hati-hati di area tersebut sesuai dengan kebijakan yang berlaku dan

(d) Unit pelayanan pasien menyimpan elektrolit konsentrat dengan memberi label yang jelas, dan menyimpan pada tempat yang dibatasi secara ketat (*restricted*).

4). Sasaran IV : Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien yang akan dioperasi

Penyimpangan pada verifikasi (tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi) akan dapat mengakibatkan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah. Penyebabnya karena kurangnya komunikasi atau informasi yang diterima tidak benar bahkan tidak ada informasi sama sekali, pasien kurang/tidak dilibatkan secara langsung dalam melakukan penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Selain itu, pengkajian pasien yang tidak tepat, pengecekan ulang rekam medis atau catatan medis yang tidak tepat, iklim atau kondisi yang tidak mendukung adanya komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang timbul karena tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan penggunaan singkatan yang tidak sesuai adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi (Permenkes, 2017).

Tujuan dari proses verifikasi preoperatif adalah untuk memverifikasi atau memperjelas lokasi, prosedur, dan pasien dengan benar; Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan

tersedia, diberi label dengan baik, dipandang. Dan melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant yang dibutuhkan.

Elemen penilaian sasaran IV menurut Permenkes (2017) meliputi:

- (a) Dalam mengidentifikasi lokasi operasi, rumah sakit menggunakan tanda yang jelas dan mudah dipahami termasuk juga melibatkan pasien dalam proses penandaan.
- (b) Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat pre operasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien yang akan di operasi dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- (c) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum “*insis/time out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur tindakan pembedahan dan.
- (d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung suatu proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan diluar kamar operasi.

##### 5). Sasaran V : Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Tantangan terbesar yang dihadapi dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah pencegahan dan pengendalian infeksi. Mahalnya biaya yang diperlukan dalam mengatasi infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan menjadi masalah tersendiri bagi pasien maupun stakeholder yang berkecimpung dalam dunia kesehatan. Berbagai macam infeksi seperti infeksi

saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia yang berkaitan dengan ventilasi mekanis juga sering ditemukan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Sumber dari timbulnya infeksi disebabkan karena kurangnya kesadaran atau pemahaman perawat dalam mencuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Bahkan mengingat pentingnya mencuci tangan maka mencuci tangan memakai sabun atau cairan anti septik, dan di ruang operasi sebelum dilakukan tindakan pembedahan perawat untuk menurunkan angka infeksi perawat harus melakukan cuci tangan steril (Permenkes, 2017). Dilakukan dengan enam langkah yang menjadi standar oleh WHO yaitu:

- 1) Pada saat sebelum dan setelah menyentuh pasien
- 2) Sebelum dan setelah melakukan tindakan aseptik
- 3) Setelah terpapar cairan tubuh pasien
- 4) Sebelum dan setelah melakukan tindakan invasiv
- 5) Setelah menyentuh area sekitar pasien/lingkungan dan
- 6) Memakai alat pelindung diri (APD) seperti sarung tangan, masker, tutup kepala, kacamata pelindung, apron/jas dan sepatu pelindung yang digunakan untuk melindungi petugas dari risiko pajanan darah, cairan tubuh ekskreta, dan selaput lendir pasien.

#### 6). Sasaran VI : Pengurangan Resiko Jatuh

Salah satu penyebab cedera bagi pasien dirumah sakit adalah kejadian atau kasus jatuh pada pasien. Pasien dengan tindakan pembiusan anastesi sangat berpontesi untuk mengalami jatuh. Perawat harus melakukan



pengkajian ulang secara berkala mengenai risiko pasien jatuh, termasuk risiko potensial yang berhubungan dengan jadwal pemberian obat serta mengambil tindakan untuk mengurangi semua risiko yang telah diidentifikasi. Berdasarkan hasil penelitian faktor risiko terjadinya jatuh adalah karena usia, jenis kelamin, efek obat-obatan tertentu, status mental, penyakit kronis, faktor lingkungan, keseimbangan, kekuatan, mobilitas dan ketinggian tempat tidur (Devi Darlian, 2016).

Perawat melakukan pedoman atau tindakan kewaspadaan pencegahan pasien risiko jatuh untuk mengurangi insiden jatuh yaitu dengan:

- a). Memastikan bel mudah dijangkau
- b). Roda tempat tidur pada posisi terkunci
- c). Memposisikan tempat tidur pada posisi yang terkunci
- d). Pagar pengaman dinaikan
- e). Memonitoring ketat pasien resiko tinggi (kunjungi dan monitor pasien setiap 1 jam, tempatkan pasien di kamar yang paling dekat dengan *nurse station* jika dimungkinkan) dan melibatkan pasien atau keluarga dalam pencegahan jatuh ( Permenkes RI. 2011).

Elemen penilaian Sasaran VI menurut Permenkes, (2011), meliputi:

- (1) Rumah sakit melakukan assemen awal terhadap pasien yang memiliki resiko jatuh dan melakukan assasemen ulang apa bila pasien mengalami perubahan kondisi atau pengobatan dan lain-lain
- (2) Melakukan upaya pencegahan untuk mengurangi resiko jayuh bagi pasien yang ada hasil pemeriksaan dianggap memiliki resiko jatuh

- (3) Langkah-langkah dimonitor hasil, baik keberhasilan, pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian yang tidak diharapkan dan
- (4) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan resiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan keselamatan pasien

Menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja seseorang dalam penerapan keselamatan pasien, yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor pendorong (*reinforcing factor*).

1) Faktor predisposisi (*predisposisi factor*)

Faktor ini merupakan faktor yang menjadi dasar untuk seseorang berperilaku atau dapat pula dikatakan sebagai faktor prefensi “pribadi” yang bersifat bawaan yang dapat bersifat mendukung atau menghambat seseorang berperilaku tertentu. Faktor ini mencakup sikap dan pengetahuan.

a). Sikap

Sikap merupakan faktor yang paling menentukan perilaku seseorang karena sikap berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sikap (*attitude*) merupakan kesiapan mental yang diperoleh dari pengalaman dan memiliki pengaruh yang kuat pada cara pandang seseorang terhadap orang lain, obyek dan situasi yang berhubungan dengannya. Sikap adalah bagian hakiki dari kepribadian seseorang. Sikap mencerminkan bagaimana seseorang

merasakan sesuatu. Dalam pelayanan keperawatan sikap mental memegang peranan sangat penting karena dapat berubah dan dibentuk sehingga dapat mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja perawat.

b). Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensori khususnya mata dan telinga terhadap obyek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (overt behavior). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2010).

2). Faktor Pemungkin (*Enabling factor*)

Faktor pendukung merupakan faktor pemungkin. Faktor ini bisa sekaligus menjadi penghambat atau mempermudah niat suatu perubahan perilaku dan perubahan lingkungan yang baik. Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam mengimplementasikan keselamatan pasien yang termasuk faktor pemungkin (*Enabling Factor*), diantaranya yaitu Sumber Daya Manusia (SDM), kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, dan desain pekerjaan (Ulum, 2013).

d. Standar Keselamatan Pasien

Setiap rumah sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien. Standar Keselamatan Pasien meliputi (Permenkes RI. 2011):

- 1). Hak pasien;
- 2). Mendidik pasien dan keluarga;
- 3). Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
- 4). Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
- 5). Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien;
- 6). Mendidik staf tentang keselamatan pasien; dan
- 7). Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

e. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. (Permenkes RI. 2011).

Dalam rangka menerapkan Standar Keselamatan Pasien, rumah sakit melaksanakan 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit yang terdiri dari (Permenkes RI., 2011) :

- 1). Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
- 2). Memimpin dan mendukung staf.
- 3). Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
- 4). Mengembangkan sistem pelaporan.
- 5). Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
- 6). Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.

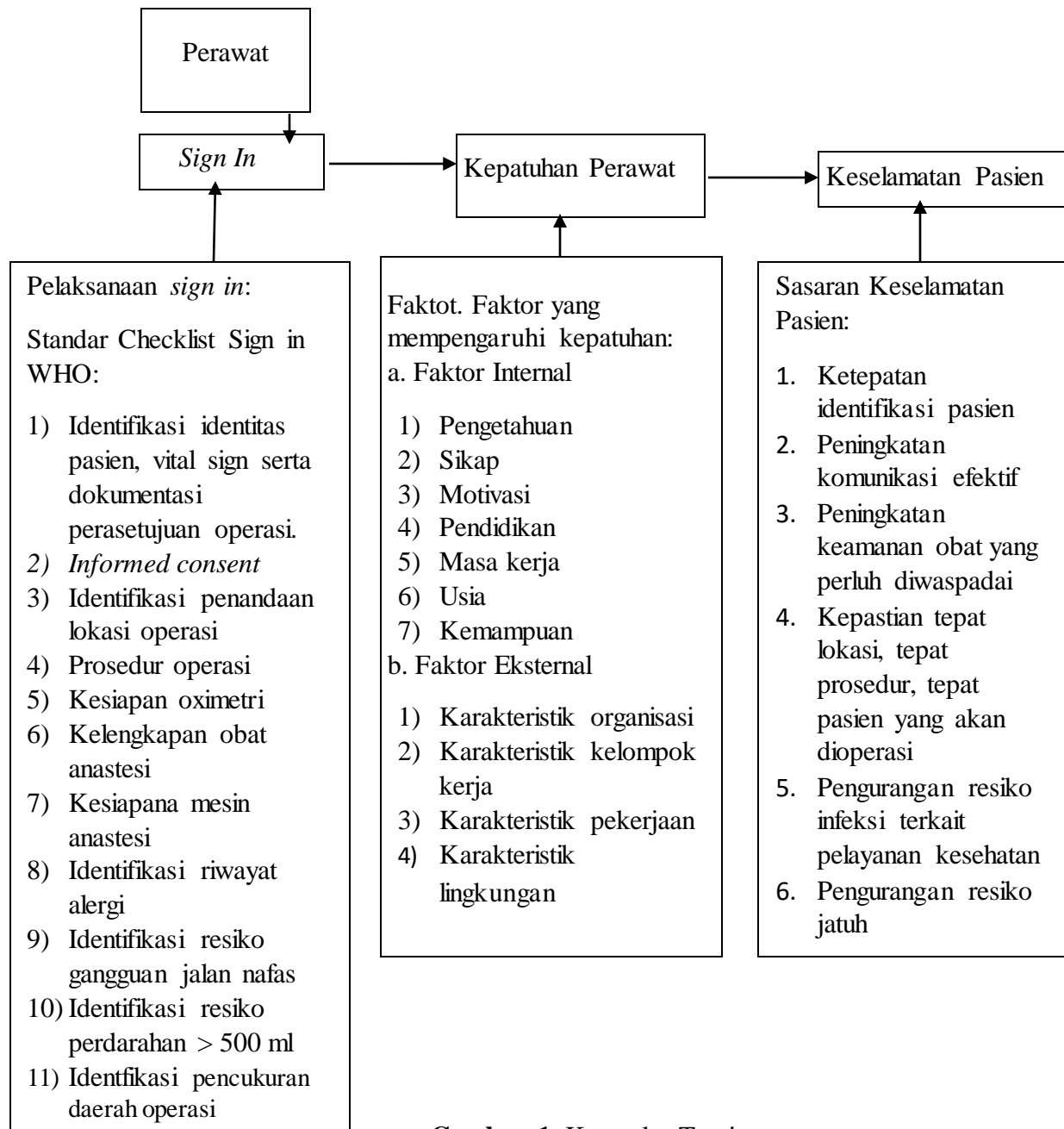
7). Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

f. Pelaporan Insiden

Menurut Permenkes RI (2011) menyatakan bahwa sistem pelaporan insiden dilakukan di internal rumah sakit dan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Pelaporan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit mencakup KTD, KNC, dan KTC dilakukan setelah analisis dan mendapatkan rekomendasi dan solusi dari TKPRS. Sistem pelaporan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak. Pelaporan insiden ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*).

Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada TKPRS dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan yang ada. TKPRS melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang dilaporkan. TKPRS melaporkan hasil kegiatannya kepada kepala rumah sakit. Rumah sakit harus melaporkan insiden, analisis, rekomendasi dan solusi KTD secara tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) dan solusi atas laporan secara nasional (Permenkes RI, 2011).

## B. Kerangka teori

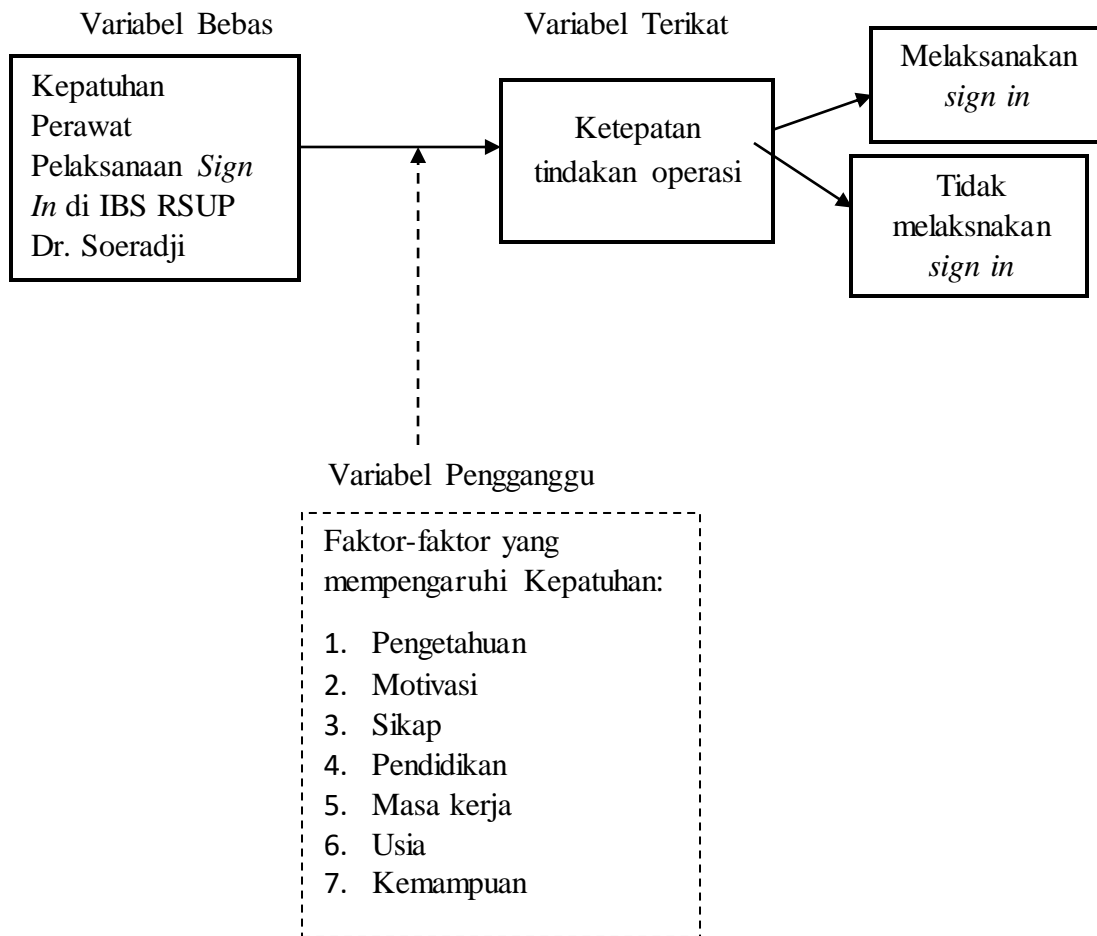


**Gambar 1.** Kerangka Teori

Sumber: Notoatmodjo (2010), Sitingjak Labora (2015).



Kemenkes (2017).

### C. Kerangka Konsep



**Gambar 2.** Kerangka Konsep

Keterangan:

-  = Diteliti.
-  = Tidak diteliti.

### D. Hipotesis

Ada hubungan antara kepatuhan perawat dalam pelaksanaan (*sign in*) dengan ketepatan tindakan operasi di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.