

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

1. Gambaran Umum Rumah Sakit

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Nur Rohmah Gunungkidul. Rumah sakit Nur Rohmah merupakan salah satu rumah sakit swasta yang ada di kabupaten Gunungkidul, Yogyakarta. Rumah sakit Nur Rohmah terletak pada Jalan Wonosari-Jogja km. 7 Bandung, Playen, Gunungkidul. Rumah sakit Nur Rohmah berdiri dengan cikal bakal sebagai balai pengobatan dan rumah bersalin di bawah naungan Yayasan Nur Rohmah yang dibuka resmi pada tanggal 22 April 2000. Klinik ini memberikan pelayanan rawat jalan 24 jam, pelayanan kebidanan, kamar obat dan rawat inap observasi 24 jam.

Pada bulan Oktober 2006 Klinik terus berkembang dengan memindahkan aktivitas rawat jalan, unit gawat darurat, ruang obat dan administrasi, ruang dokter dan rekam medis ke gedung baru yang disertai dengan penambahan ruang untuk pelayanan baru, diantaranya ruang radiologi. Klinik terus melengkapi dan membangun guna berkembang menjadi Rumah Sakit tipe D, yang pada akhirnya pada tahun 2008, Klinik resmi beroperasi sebagai Rumah Sakit Nur Rohmah.

Rumah Sakit Nur Rohmah sendiri mempunyai visi dan misi, diantaranya:

a. Visi

“Menjadi institusi pelayanan kesehatan pilihan utama masyarakat Kabupaten Gunungkidul dengan berorientasi pada pasien dan *customer-focused*”

b. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Gunungkidul dengan mendahulukan *patient safety* dan *customer-focused* tanpa membedakan latar belakang, kemampuan ekonomi dan agama.
- 2) Membantu masyarakat sekitar untuk dapat meningkatkan kualitas hidup dengan edukasi masalah kesehatan secara adekuat.
- 3) Menjaga kualitas sumber daya manusia secara berkesinambungan sesuai perkembangan ilmu dan teknologi guna menjaga mutu pelayanan.
- 4) Mengembangkan jejaring pelayanan kesehatan dengan pihak-pihak terkait guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Gunungkidul.

2. Karakteristik Responden

Responden atau partisipan pada penelitian ini adalah dokter bedah yang berjumlah 1, dokter anestesi berjumlah 1, perawat bedah berjumlah 1 dan perawat anestesi berjumlah 1 yang bekerja di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Nur Rohmah Gunungkidul.

Tabel 1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, jenis kelamin, masa kerja dan pendidikan.

Karakteristik responden	Jumlah responden
Umur	
20 – 30 tahun	0
> 30 tahun	4
Jenis Kelamin	
Laki-laki	3
Perempuan	1
Lama Bekerja	
1-5 tahun	1
> 5 tahun	3
Pendidikan	
D3	2
Spesialis	2

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa responden semuanya mempunyai golongan umur >30 tahun dengan jumlah 4. Jenis kelamin responden terbanyak adalah laki-laki dengan jumlah 3 dan perempuan dengan jumlah 1. Responden yang memiliki masa kerja 1-5 tahun berjumlah 1, dan yang masa kerja >5 tahun berjumlah 3. Dari segi pendidikan, 2 responden merupakan lulusan D3 dan 2 responden lainnya berpendidikan spesialis.

3. Hasil Kepatuhan *Surgical Safety Checklist*

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Nur Rohmah dengan mengamati kepatuhan pengisian *Surgical Safety Checklist* (SSC) fase *Sign In*, *Time Out* dan *Sign Out*. Kepatuhan pengisian SSC dinilai dari 25 operasi, yang terdiri dari 13 operasi bedah umum dan 12 operasi *obsgyn*. Dari penelitian yang dilakukan akan didapatkan data presentase pengisian SSC, yang mana standart SSC adalah 100%.

a. Fase *Sign In*

Hasil pengamatan dari 25 operasi, 13 operasi bedah umum dan 12 operasi *obsgyn* didapatkan bahwa penggunaan SSC fase *Sign In* di Rumah Sakit Nur Rohmah secara menyeluruh adalah 100%, dimana pada bedah umum 100% dan pada *obsgyn* 100%.

Tabel 2. Kelengkapan komponen *Surgical Safety Checklist* fase *Sign In* dari 13 operasi bedah umum.

<i>Sign In</i>	Jumlah	
	Dilakukan	Presentase
Konfirmasi Identitas, prosedur dan IC	13	100%
Sisi operasi ditandai	13	100%
Peralatan anestesi dicek	13	100%
Mengecek adanya alergi	13	100%
Resiko aspirasi	13	100%
Resiko kehilangan darah	13	100%

Tabel 3. Kelengkapan komponen *Surgical Safety Checklist* fase *Sign In* dari 12 operasi *obsgyn*.

Sign In	Jumlah Dilakukan	Presentase
Konfirmasi Identitas, prosedur dan IC	12	100%
Sisi operasi ditandai	12	100%
Peralatan anestesi dicek	12	100%
Mengecek adanya alergi	12	100%
Resiko aspirasi	12	100%
Resiko kehilangan darah	12	100%

b. Fase *Time Out*

Hasil pengamatan dari 25 operasi, 13 operasi bedah umum dan 12 operasi bedah *obsgyn* didapatkan bahwa penggunaan SSC fase *Time Out* secara keseluruhan di Rumah Sakit Nur Rohmah adalah 83,42%, dimana pada bedah umum 82,41% dan pada bedah *obsgyn* 84,52%. Dimana dari beberapa Poin pada fase *Sign Out* tidak dilakukan. Poin yang paling sering tidak dilakukan adalah semua anggota tim memperkenalkan diri dan perannya, yang mana hanya dilakukan di 6 dari 13 operasi bedah umum dan tidak dilakukan sama sekali pada bedah *obsgyn*.

Poin kedua yang belum dilakukan secara 100% pada 25 operasi yang diamati adalah pemberian antibiotik profilaksis 60 menit sebelum operasi, dilakukan 4 dari 13 operasi bedah umum dan 11 dari operasi bedah *obsgyn*.

Tabel 4. Kelengkapan komponen *Surgical Safety Checklist* fase *Time Out* dari 13 kasus bedah umum.

Time Out	Jumlah	
	Dilakukan	Presentase
Semua anggota tim memperkenalkan diri	6	46,15
Pasien, sisi operasi, prosedur dikonfirmasi	13	100%
Penunjang foto Rontgen	13	100%
Antisipasi kejadian kritis dari Dokter Bedah	13	100%
Antisipasi kejadian kritis dari Dokter Anestesi	13	100%
Antisipasi kejadian kritis dari Perawat	13	100%
Antibiotik profilaksis 60 menit sebelum operasi	4	30,76

Tabel 5. Kelengkapan komponen *Surgical Safety Checklist* fase *Time Out* dari 12 kasus bedah *obsgyn*.

Time Out	Jumlah	
	Dilakukan	
Semua anggota tim memperkenalkan diri	0	0%
Pasien, sisi operasi, prosedur dikonfirmasi	12	100%
Penunjang foto Rontgen	12	100%
Antisipasi kejadian kritis dari Dokter Bedah	12	100%
Antisipasi kejadian kritis dari Dokter Anestesi	12	100%
Antisipasi kejadian kritis dari Perawat	12	100%
Antibiotik profilaksis 60 menit sebelum operasi	11	91,66%

c. Fase *Sign Out*

Hasil pengamatan dari 25 operasi, 13 operasi bedah umum dan 12 operasi bedah *obsgyn* didapatkan bahwa penggunaan SSC fase *Sign Out* secara keseluruhan di Rumah Sakit Nur Rohmah

adalah 85,6%, dimana pada bedah umum 84,61% dan pada *obsgyn* 86,67%. Dimana dari beberapa Poin pada fase *Sign Out* tidak dilakukan. Poin yang paling sering tidak dilakukan adalah instrument, kasa, jarum yang digunakan sudah dihitung dan lengkap, dilakukan 9 dari 13 operasi bedah umum dan 8 dari 12 operasi *obsgyn*.

Poin kedua yang belum dilakukan 100% adalah diskusi mengenai manajemen pasien *post* operasi, dilakukan 7 dari 13 operasi bedah umum dan 8 dari 12 bedah *obsgyn*.

Tabel 6. Kelengkapan komponen *Surgical Safety Checklist* fase *Sign Out* dari 13 operasi bedah umum

Time Out	Jumlah Dilakukan	Presentase
Nama prosedur dicatat	13	100%
Instrument, kasa, jarum yang digunakan sudah dihitung dan lengkap	9	69,23
Hasil operasi diberi label	13	100%
Laporan temuan masalah	13	100%
Diskusi mengenai manajemen pasien post operasi	7	53,84%

Tabel 7. Kelengkapan komponen *Surgical Safety Checklist* fase *Sign Out* dari 12 operasi bedah *obsgyn*

Time Out	Jumlah Dilakukan	Presentase
Nama prosedur dicatat	12	100%
Instrument, kasa, jarum yang digunakan sudah dihitung dan lengkap	8	66,67
Hasil operasi diberi label	12	100%
Laporan temuan masalah	12	100%
Diskusi mengenai manajemen pasien post operasi	8	66,67

4. Hasil Wawancara

Wawancara terstruktur dilakukan oleh peneliti terhadap tim operasi Rumah Sakit Nur Rohmah, diantaranya Dokter Bedah, Dokter Anestesi, Perawat Bedah dan Perawat Anestesi. Wawancara dilakukan untuk mengetahui tentang kepatuhan penggunaan SSC, budaya *patient safety* serta hambatan dan saran dalam pelaksanaan *surgical safety checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Nur Rohmah.

Berikut adalah hasil wawancara dengan responden penelitian tersebut:

a. Penggunaan *Surgical Safety Checklist*

Tanggapan tim operasi terkait penggunaan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Nur Rohmah dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 8. Hasil wawancara terhadap Tim Operasi tentang penggunaan surgical safety checklist di Rumah Sakit Nur Rohmah

Axial Coding	Tema
<ul style="list-style-type: none"> - SSC sudah berjalan, namun belum rutin dilakukan secara menyeluruh. - Petugas kadang lalai dan lupa melaksanakan SSC. 	
<ul style="list-style-type: none"> a- Sudah cukup baik. - Pelaksanaan sebisa mungkin dilakukan di semua operasi. 	SSC belum berjalan dengan baik.
<ul style="list-style-type: none"> - Belum 100% dilakukan. 	
<ul style="list-style-type: none"> a- Kurangnya pemahaman petugas mengenai SSC. 	
<ul style="list-style-type: none"> r- Belum 100% patuh dilaksanakan. - SDM terbatas. 	
<ul style="list-style-type: none"> i- Manajemen pasien sebelum hingga setelah operasi lebih berurutan dan termonitor. 	

h

asil wawancara yang terdapat di tabel diatas, *surgical safety checklist* di Instalasi bedah sentral rumah sakit nur rohmah sudah berjalan namun belum 100% rutin dilakukan secara menyeluruh di setiap operasinya. Hal ini diakibatkan oleh petugas yang kadang lalai dan lupa, kurangnya pemahaman petugas tentang SSC dan sumber daya manusia yang terbatas. Selain itu SSC ini juga membuat manajemen pasien sebelum sampai setelah operasi lebih berurutan dan termonitor.

b. Patient Safety

Tanggapan tim operasi terkait penggunaan *patient safety* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Nur Rohmah dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 9. Hasil wawancara terhadap Tim Operasi tentang penggunaan surgical safety checklist di Rumah Sakit Nur Rohmah

<i>Axial Coding</i>	<i>Tema</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Sudah cukup baik - Pemeberian antibiotik profilaksis diberikan guna mencegah infeksi - Pengecekan identitas dan sisi operasi sudah dilakukan - Sudah cukup baik - Belum pernah ada salah pemberian obat dan salah sisi - Peralatan anestesi dan obat-obatan sudah di lakukan pengecekan - Sudah cukup baik - Penandaan sisi operasi dilakukan - Belum pernah terjadi salah sisi operasi - Sudah cukup baik - Riwayat alergi obat di identifikasi 	<p><i>Patient safety</i> berjalan dengan baik.</p>

Dari hasil wawancara yang terdapat di tabel diatas, *patient safety* di Instalasi bedah sentral rumah sakit nur rohmah sudah berjalan cukup baik, seperti pemeberian antibiotik profilaksis untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi pasca operasi, pemberian tanda sisi operasi guna mencegah terjadinya salah sisi operasi, pengecekan alat anestesi dan obat-obatan sebagai langkah persiapan jika ada kondisi yang tidak ditinginkan dan identifikasi

riwayat alergi obat supaya tidak terjadi kondisi yang mengancam nyawa akibat obat.

c. Hambatan dalam penggunaan *Surgical Safety Checklist*.

Tanggapan tim operasi terkait hambatan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Nur Rohmah dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 10. Hasil wawancara terhadap Tim Operasi tentang hambatan surgical safety checklist di Rumah Sakit Nur Rohmah

<i>Axial Coding</i>	Tema
<ul style="list-style-type: none"> - Petugas yang lupa dan tidak saling mengingatkan - Kurangnya budaya penerapan surgical safety checklist - Konsistensi pelaksanaan yang kurang - Tergantung operator, seperti contoh ada yang memberikan profilaksis, ada yang tidak. - Kurangnya SDM - Kurang pemahannya mengenai pengisian surgical safety checklist - Kurangnya SDM di OK - Operator ada yang memberikan profilaksis ada yang tidak 	<p>SDM, lupa dan kurangnya pemahaman menjadi penghambat penggunaan SSC.</p>

Dari hasil wawancara yang terdapat di tabel diatas, hambatan dalam pelaksanaan *surgical safety checklist* di Instalasi bedah sentral rumah sakit nur rohmah diantaranya seperti petugas yang lupa dan lalai dalam saling mengingatkan dalam penggunaan SSC, kurangnya budaya penerapannya, pelaksanaan SSC yang

kurang konsisten, SDM yang kurang terutama yang khusus penanggungjawab SSC, kurangnya pemahaman mengenai SSC ditinjau dari manfaat dan resiko yang terjadi jika tidak dilakukan dan tergantung dari operator untuk masalah pemberian profilaksis antibiotik, ada yang memberikan ada yang tidak memberikan.

d. Saran dalam penggunaan *Surgical Safety Checklist*

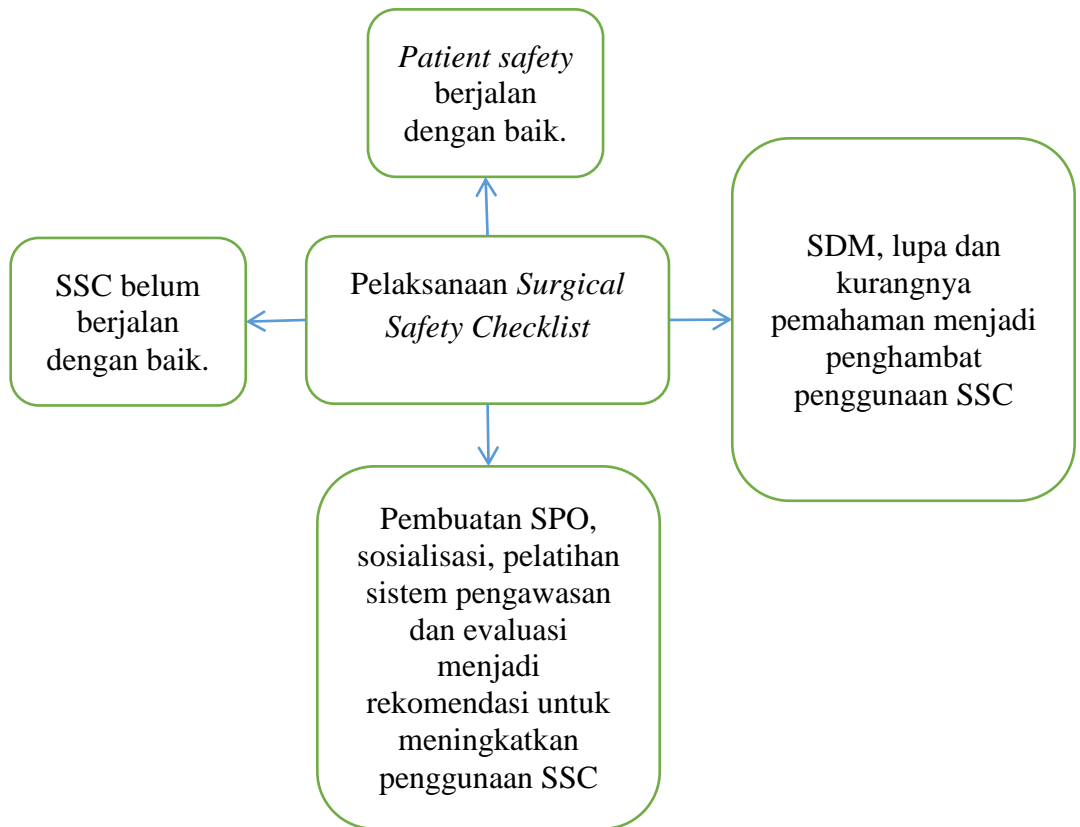
Tanggapan tim operasi terkait saran dari pelaksanaan *surgical safety checklist* di Instalasi bedah sentral rumah sakit nur rohmah dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 11. Hasil wawancara terhadap Tim Operasi tentang rekomendasi dalam pelaksanaan surgical safety checklist di Rumah Sakit Nur Rohmah

<i>Axial Coding</i>	Tema
<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan budaya disiplin kepada petugas yang bertanggung jawab - Mengingatkan dan melakukan review lagi bahwa SSC itu penting karena bagian dari keselamatan pasien sebelum saat dan sesudah operasi - Melakukan pengawasan pelaksanaan SSC - Adanya petugas khusus SSC - Mengingatkan akan pentingnya SSC - Menjaga konsistensi dengan cara melakukan pengawasan - Adanya petugas khusus SSC - Sosialisasi kepada pihak terkait mengenai SSC - Mengingatkan akan pentingnya SSC - Memberikan pemahaman ulang tentang SSC 	<p>Pembuatan SPO, sosialisasi, pelatihan sistem pengawasan dan evaluasi menjadi rekomendasi untuk meningkatkan penggunaan SSC.</p>

Dari hasil wawancara yang terdapat di tabel diatas, didapatkan banyak sekali saran yang diberikan dari tim operasi untuk meningkatkan penerapan *surgical safety checklist* di instalasi bedah sentral rumah sakit nur rohmah, misalnya lebih meningkatkan budaya disiplin petugas supaya SSC selalu dilakukan, saling mengingatkan dan melakukan review kembali mengenai manfaat jika SSC dilakukan dan resiko jika tidak dilakukan, menunjuk atau menambah petugas khusus yang bertanggungjawab sepenuhnya aterkait SSC, sosialisasi tentang penggunaan SSC kesemua pihak yang terkait dan saling mengingatkan akan pelaksanaan SSC.

5. Rekap Tema



Gambar 4. Rekap Tema

B. Pembahasan

1. Kepatuhan *Surgical Safety Checklist* fase *Sign In*.

Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan bahwa pelaksanaan *surgical safety checklist* fase *sign in* ini dilakukan 100%. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan *surgical safety checklist* fase *sign* di Instalasi bedah sentral rumah sakit nur rohmah masuk dalam kategori patuh. Dari hasil wawancara memang didapatkan bahwa *surgical safety checklist* ini dilakukan akan tetapi belum 100% menyeluruh yang diakibatkan karena beberapa hal seperti petugas yang lali dan lupa, kurangnya sumber daya manusia dan kurang fahamnya amengenai SSC. Akan tetapi pada fase *sign in* telah dilakukan 100%. Melekie and Getahun (2015) menyatakan bahwa, fase *sign in* pada SSC merupakan fase yang paling sering dilakukan dengan presentasi 69,5% diantara fase yang lain, terutama pada poin pengecekan alat anestesi dan obat-obatan. Hal ini dikarenakan fase ini sangat penting untuk mencegah *medical error* yang dapat merugikan pasien.

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Asefzadeh et al (2017), dari hasil penelitiannya ditemukan bahwa fase *sign in* pada SSC paling sering dilakukan dibanding fase yang lain, dengan presentase *Sign in* 58%, terutama pada Poin identifikasi kehilangan

darah >500ml, yang bermanfaat untuk persiapan jalur intravena dan produk darah jika nantinya terjadi perdarahan.

Sign In merupakan fase yang mana dilakukan konfirmasi terkait identitas pasien yang meliputi nama pasien, usia pasien dan menjelaskan prosedur operasi di lakukan *general* anestesi atau *regional* anestesi serta pengecekan *inform consent* dilakukan oleh perawat di ruang serah terima. Konfirmasi identitas pasien dan pemberian tanda pada sisi operasi dapat mengurangi resiko kesalahan operasi pada orang ataupun sisi yang dioperasi (Panaser et al, 2011). Beberapa faktor yang mempengaruhi kesalahan operasi dan atau salah sisi terletak pada tahapan *Sign In*, seperti tidak dilakukannya konfirmasi identitas pasien, tidak dilakukannya penandaan sisi operasi yang berdampak pada operasi salah pasien dan operasi salah sisi, sehingga fase sign ini harus konsisten dijalankan. (Clarke et al, 2007).

Sebelum melakukan induksi anestesi terlebih dahulu Dokter dan perawat anestesi memeriksa peralatan anestesi, sistem pernafasan (oksigen dan inhalasi) dan penghisap, serta memeriksa ketersediaan obat dan resiko anestesi terhadap setiap kasus. Selain itu Dokter anestesi juga memasang alat oksimetri pada pasien dan mengecek apakah berfungsi dengan benar sebelum induksi anestesi. Alat oksimetri ini sangat penting karena dapat memunculkan tanda vital

dari pasien melalui indikator. Indikatornya dapat dilihat pada layar monitor oleh seluruh tim operasi. WHO merekomendasikan pulse oksimetri sebagai komponen yang diperlukan dan aman dalam tindakan anestesi dimana tujuan oksimetri adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan anestesi diseluruh dunia. Oksimetri berfungsi untuk menilai respon selular untuk hipoksemia. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian oleh Melekie dan Getahun (2015), yang menyatakan bahwa Poin pengecekan alat anestesi, persiapan obat-obatan dan penggunaan oxymetri menjadi hal penting untuk menunjang keadaan pasien dan memonitor pasien untuk mencegah terjadinya keadaan desaturasi saat operasi.

Riwayat alergi penderita sangat penting diketahui karena dapat mempengaruhi proses pembedahan. Alergi diketahui pada saat dokter bedah *visit* ke bangsal. Jika ada, maka akan di tulis di status pasien. Di Instalasi Bedah Sentral rumah sakit nur rohmah perawat dan dokter anestesi selalu menanyakan riwayat alergi di ruang operasi sebelum dilakukan induksi anestesi sehingga riwayat alergi diketahui di kamar operasi. Perawat anestesi selalu menanyakan kepada pasien tentang riwayat alergi pasien sehingga tidak pernah ada permasalahan tentang alergi pasien.

Resiko kesulitan jalan nafas sangat penting untuk diketahui, karena terakit dengan obat dan alat yang akan dipersiapkan jika terjadi hal yang membuat pasien harus dipasang alat bantu pernafasan. Kesulitan pernafasan pada pasien diketahui sebelum dilakukan operasi dengan cara dokter anestesi melakukan kunjungan ke bangsal. Dari itu dokter anestesi akan mengetahui adanya kesulitan jalan nafas atau tidak dan akan ditulis di status.

Identifikasi pasien tentang resiko kehilangan darah >500ml sangatlah penting dan harus dilakukan, karena perdarahan menjadi salah satu penyulit saat dilakukannya operasi (Sjamsyuhidayat, 2005). Selain itu kehilangan banyak darah, pasien akan jatuh pada kondisi syok dan memerlukan penanganan segera seperti pemberian cairan dengan cepat sampai pemberian darah. Hal ini dapat diantisipasi dengan menilai resiko sebelum operasi dilihat dari jenis operasi yang akan dilakukan. Jika terdapat resiko antisipasinya adalah dengan pemasangan jalur intravena dan menyiapkan produk darah. Resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml dapat turun dengan menggunakan *Surgical Safety Checklist* terutama fase *sign in*. (Weiser, *et al.* 2008).

Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan, fase sign ini merupakan fase yang penting dalam persiapan operasi untuk mencegah terjadinya medical error pada pasien, seperti salah pasien,

salah sisi operasi, salah prosedur, dan melakukan persiapan untukantisipasi kesulitan jalan nafas, adanya alergi dan antisipasi kehilangan darah >500ml, sehingga SSC fase Sign ini harus rutin dilaksanakan disetiap operasi.

2. Kepatuhan *Surgical Safety Checklist* fase *Time Out*.

Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan bahwa pelaksanaan *surgical safety checklist* fase *time out* dilakukan 84%. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan *surgical safety checklist* fase *time out* di Instalasi bedah sentral rumah sakit nurrohman masuk dalam kategori tidak patuh. Poin pada fase *time out* tidak dilaksanakan secara menyeluruh, seperti Poin memperkenalkan diri yang hanya dilakukan 6 dari 25 operasi dan pemberian profilaksis antibiotik 60 menit sebelum operasi yang diberikan 15 dari 25 operasi. Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh McGinlay et al (2015), bahwa fase pada SSC yang paling sering dilakukan adalah *sign in* dan yang paling jarang dilakukan adalah fase *time out* dan *sign out*.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Melekia dan Getahun (2015) yang hasilnya dari 282 operasi yang diamati pelaksanaan SSC, fase *time out* merupakan fase yang paling sering tidak dilakukan secara menyeluruh yaitu 43% dari operasi tidak dilakukan, sedangkan

fase sign in hanya terlewat 26,9% dan fase sign out terlewat 30,1%. Hasil penelitian dari Asefzadeh S et al (2017) juga menyatakan bahwa, dari 1771 tindakan operasi, fase time out merupakan fase yang paling jarang dilakukan dengan persentase 16%, sedangkan pada fase sign in dilakukan 58% dan sign out 26%.

Time Out merupakan fase dimana sebelum sayatan dilakukan, yang mana beberapa Poin dari SSC dilakukan untuk mencegah terjadinya medical error seperti, salah pasien, salah sisi dan salah prosedur. Hal ini memang hampir sama dengan fase sign in, akan tetapi dilakukan setelah masuk ruang operasi dan sebelum sayatan dilakukan untuk mengkonfirmasi ulang. Pada fase *time out* ini komunikasi tim sangat diperlukan, karena Poin-Poin pada time out dilakukan dengan cara berkomunikasi satu dengan yang lain diantara tim. Salah satunya adalah saling memperkenalkan diri dan menjelasakn perannya. Hal ini sangat penting dilakukan karena untuk mengetahui peran dan kapabilitas setiap orang dalam tim (WHO, 2008). Pada hasil penelitian ini, Fase time out Poin memperkenalkan diri dan peran paling jarang dilakukan, yaitu 19 dari 25 operasi. Hal serupa juga ditemukan pada penelitian Melekie dan Getahun (2015), yang menyebutkan bahwa sebesar 43,8% tim operasi tidak memperkenalkan diri dan perannya, hal ini dikarenakan antar

anggota tim sudah melakukan perkenalan jauh hari dan sudah saling mengenal. Sedangkan menurut Asefzadeh S et al (2017), sebesar 38,2% anggota tim operasi menolak untuk melakukan perkenalan diri dan peran dikarenakan tidak nyaman dengan proses itu dan dianggap hal yang tidak bermanfaat. MCGinlay et al (2015) juga mengamati 40 operasi, yang mana dalam pelaksanaan SSC fase time out, perkenalan diri dan peran tidak pernah dilakukan (0%) dikarenakan hanya di rumah sakit yang kecil sehingga sudah saling mengenal satu sama lain dan menganggap bahwa ini merupakan hal yang sia-sia.

Memperkenalkan diri dan peran menjadi salah satu komunikasi dalam tim operasi, yang mana komunikasi ini berperan penting terhadap kesuksesan sebuah operasi dan mencegah kejadian yang tidak diharapkan (*medical error*) (Linggard L et al, 2004). *Agency for Healthcare Research and Quality/AHRQ* (2003) mengungkapkan masalah komunikasi seperti kegagalan komunikasi verbal dan non verbal, miskomunikasi antar staf, antar shift, komunikasi yang tidak terdokumentasi dengan baik, merupakan hal yang dapat menimbulkan kesalahan. Penelitian yang dilakukan oleh Manojlovich (2007) menyatakan bahwa buruknya komunikasi antara dokter dan perawat merupakan salah satu penyebab insiden atau kejadian yang tidak diharapkan yang dialami oleh pasien yang dapat berdampak pada

kematian pasien, terutama di ruangan-ruangan intensif yang menangani kondisi kritis pada pasien.

Hal ini ditunjukkan juga oleh Gawande et al (2003), bahwa 43% *adverse event* yang terjadi di ruang operasi berhubungan langsung dengan kurangnya komunikasi tim. Untuk menanggulangi masalah komunikasi supaya mencegah terjadinya *adverse event*, hal yang paling bermanfaat dilakukan adalah briefing sebelum operasi (Awad, S et al, 2005). Briefing sebelum operasi mempunyai berbagai komponen yang salah satunya adalah *Time Out*, untuk itu SSC fase *Time Out* ini sangatlah penting dilakukan untuk mencegah terjadinya *adverse event* saat operasi.

Hal kedua yang jarang dilakukan pada fase *time out* adalah pemberian antibiotik profilaksis 60 menit sebelum operasi. Profilaksi antibiotik 60 menit sebelum operasi diberikan pada 15 dari 25 operasi. Pemberian antibiotik profilaksis sebelum operasi bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi. Menurut Weiser et al (2008), hampir 234.000.000 operasi yang dilakukan per tahun, 1 juta orang dari operasi tersebut meninggal dan 7 juta lainnya mengalami komplikasi salah satunya adalah infeksi luka operasi. Menurut Adankie B et al (2017) menyebutkan bahwa, dari 403 operasi yang telah dilakukan, terdapat 238 pasien yang mengalami kasus

komplikasi paska operasi yang dapat dilihat pada gambar tabel berikut:

		Is SSCL attached		Total
		yes	No	
	Pneumonia	8	36	44
	Bronchitis	4	4	8
	UTI	7	5	12
Type of complication	Surgical wound infection	12	55	67
	Postoperative fever	25	77	102
	Unplanned readmission	0	5	5
Total		56	182	238

Gambar 5. Hasil penelitian Adankie B et al (2017) yang menunjukkan jumlah pasien yang mengalami komplikasi paska operasi

Dari hasil penelitian tersebut di dapatkan bahwa demam, infeksi luka operasi dan pnemunia adalah komplikasi tertinggi paska operasi. Dari hasil penelitian tersebut juga dapat dilihat dari jumlah penggunaan SSC, misalnya pada pasien dengan komplikasi paska operasi yang demam (102 pasien), 77 diantaranya saat operasi tidak diterapkannya SSC, sedangkan yang dilakukan hanya 22 operasi. Pada infeksi luka operasi (67 pasien), 55 diantaranya tidak dilakukkanya SSC saat operasi, dan pada pasien dengan pneumonia (44 pasien) 36 diantaranya tidak diterapkan SSC.

Pasien dengan infeksi luka operasi (67 pasien), diambil 36 pasien untuk dilakukan pengecekan mikrobiologi kultur dengan cara

mengambil usapan pada luka operasi, dan mikroorganismen penyebab paling sering adalah:

isolated organism	Is SSCL attached?		Total
	yes	No	
S. aureus	4	7	11
E.coli	1	8	9
CoNS*	1	5	6
K.pneumonia	0	3	3
P. mirabilis	0	2	2
P. vulgaris	0	2	2
P.aeruginosa	1	2	3
Total	7	29	36
Remark CoNS =coagulase negative staphylococci			

Gambar 6. Hasil penelitian Adankie B et al (2017) yang menunjukkan penyebab tersering dari komplikasi paska operasi

Mikroorganismen paling sering yang menyebabkan infeksi luka operasi pada penelitian ini adalah S. Aureus. Pada penelitian ini juga ditelusuri berapa jumlah yang penerapan SSC dari setiap penyebabnya, misal pada infeksi luka operasi yang disebabkan S. Aureus berjumlah 11, 7 diantaranya tidak diterapkannya SSC.

Dari hasil yang didapat, Adankie B menyimpulkan bahwa penggunaan SSC terlebih pada pemberian profilaksis antibiotik 60 menit sebelum operasi berpengaruh terhadap kejadian komplikasi paska operasi salah satunya infeksi luka operasi. Pada pedoman WHO (2008) mengenai SSC khususnya pemberian profilaksis antibiotik, jika antibiotik profilaksis belum diberikan 60 menit sebelum operasi,

maka segeralah diberikan. Jika antibiotik profilaksis diberikan lebih dari 60 menit sebelum operasi, maka pemberian antibiotik seharusnya diulang dan jika pemberian antibiotik profilaksis tidak diberikan karena tidak sesuai pertimbangan (misal pada kasus tanpa insisi dan kasus kontaminasi yang mana antibiotik diberikan sebagai terapi) cukup pada SSC di isi pada kolom tidak dapat diterapkan dan tim harus mengkonfirmasi itu secara lisan.

Di rumah sakit Nur Rohmah sendiri profilaksis antibiotik diberikan hanya 15 dari 25 operasi, yang dapat disebabkan oleh beberapa faktor, misalnya mengacu pada penelitian Ariyan S et al (2015), yang menyatakan bahwa penggunaan profilaksis antibiotik direkomendasikan untuk operasi payudara yang bersifat bersih dan untuk operasi yang terkontaminasi pada tangan, kepala dan leher. Profilaksis antibiotik ini tidak direkomendasikan pada operasi yang bersih di tangan, kulit, kepala dan leher.

3. Kepatuhan *Surgical Safety Checklist* fase *Sign Out*.

Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan bahwa pelaksanaan surgical safety checklist fase *sign out* secara menyeluruh dilakukan 85,6%. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan surgical safety checklist fase *sign out* di Instalasi bedah sentral rumah sakit Nur Rohmah masuk dalam kategori tidak patuh.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Melekia dan Getahun (2015), yang hasilnya dari 282 operasi yang diamati pelaksanaan SSC, fase *sign out* merupakan fase yang jarang dilakukan yaitu 30,1% yang terlewat dari operasi yang dilakukan. Hasil penelitian dari Asefzadeh S et al (2017) juga menyatakan bahwa, dari 1771 tindakan operasi, fase *sign out* merupakan fase yang jarang dilakukan dengan presentase 26%.

Sign Out merupakan fase dimana sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi, yang mana beberapa Poin dari SSC dilakukan untuk memfasilitasi transfer informasi terkait perawat pasien terutama setelah operasi (WHO, 2008).

Poin pertama pada fase *sign out* yang belum lengkap dilakukan adalah memastikan jumlah instrument, kasa dan jarum lengkap, Poin ini hanya dilakukan 17 dari 25 operasi. Fase ini sangatlah penting, karena untuk memastikan jumlah pelaratan yang digunakan sehingga dapat terhindari dari kejadian tidak diharapkan seperti tertinggal jarum atau kasa di dalam tubuh yang dioperasi. Hal ini serupa dengan penelitian Melekia dan Getahun (2015), yang pada fase *sign out* Poin penghitungan instrumen masih terlewat 0,3% dari semua operasi. Walaupun terlewat, tapi tidak besar dikarenakan sangat pentingnya Poin ini.

Menurut Whang et al (2009), barang - barang yang tidak disimpan, yang ditempatkan di ruang operasi berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas pasien. Kejadian/komplikasi yang sering ditimbulkan terkait dengan alat/instrument yang tertinggal di dalam pasien diantaranya nyeri kronis, infeksi, abses, pembentukan fistula dan obstruksi usus (Jackson dan Brady, 2008). Selain itu, biaya ruang operasi juga dapat membengkak karena tambahan waktu penggunaan ruang operasi yang dihabiskan untuk mencari item/peralatan bedah yang hilang (Woodhead, 2009). Selain itu biaya juga membengkak signifikan pada lama rawat inap perawatan pasien yang terkena imbas kelalaian penggunaan item di ruang operasi seperti kassa/jarum yang tertinggal (Norton et al, 2012).

Menurut Jackson dan Brady (2008) kesalahan perhitungan alat/instrumen lebih sering terjadi ketika tidak ada peraturan yang pasti. Waktu dan pelaksanaan untuk menghitung alat/instrument harus distandarisasi, supaya pelaksanaannya dapat maksimal.

Menurut Searle (2008), yang memiliki tanggung jawab dalam memastikan alat/instrument yang digunakan lengkap bukan hanya perawat, melainkan juga dokter. Dokter tidak hanya berwenang tentang klinis pasien, akan tetapi bertanggung jawab juga terkait

dengan memastikan alat/instrument yang digunakan telah lengkap dan tidak ada yang tertinggal.

Perhitungan alat/instrument ini dilakukan sebelum, selama dan setelah setiap prosedur bedah selesai. Semua alat yang digunakan sebaiknya selalu diperhatikan supaya memudahkan dalam perhitungannya. Semua barang yang digunakan selama operasi harus diperhitungkan sebelum prosedur berakhir untuk memastikan tidak ada alat, kassa atau jarum yang tertinggal (Philips, 2013). Untuk mencegah hal ini terjadi, harus dibuat peraturan atau standart operasional prosedur yang mencakup mengenai waktu kapan penghitungan dilakukan, termasuk penghitungan awal, akhir dan penghitungan lanjut ketika alat baru ditambahkan (Berger dan Sanders, 2008). Pedoman untuk menghitung spons, benda tajam dan instrument operasi sebaiknya dilakukan sebelum dimulainya prosedur, sebelum menutup rongga tubuh, sebelum penutupan luka, saat penutupan luka dan pada saat bantuan permanen baik dari praktisi perioperatif atau perawat sirkuler (WHO, 2009).

Poin kedua yang jarang dilakukan pada fase *sign out* adalah diskusi mengenai manajemen pasien *post operasi*. Poin ini dilakukan 15 dari 25 operasi yang ada, hal ini sesuai dengan penelitian Meleki dan Getahun (2015), yang mana Poin ini belum dilakukan secara

menyeluruh, masih ada sekitar 9,7% operasi yang terlewat. Hasil penelitian Asefzadeh et al (2017) juga menunjukkan hasil yang sama, dimana Poin ini belum dilakukan 100% dan masih ada 39,4% operasi yang terlewat. Hal ini dikarenakan akibat tim operasi yang terburu - buru dan sibuk untuk mempersiapkan operasi selanjutnya (Melekie dan Getahun, 2015).

Diskusi terkait manajemen pasien *post operasi* sangatlah penting, karena selain untuk mendiskusikan terkait penanganan pasien berperan juga dalam transfer informasi keadaan pasien dari tim operasi kepada tim perawatan selanjutnya (WHO, 2008). Menurut Linggard (2004), kegagalan komunikasi di ruang operasi dapat mengekaibatkan kejadian tidak diharapkan pada pasien yang mana dapat menurunkan *patient safety*. Kegagalan komunikasi yang didapatkan diantaranya ketidaktepatan laporan, informasi yang tidak akurat, dan transfer informasi yang kurang atau tidak tepat. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan lebih lanjut dan dapat terjadi kejadian tidak diharapkan jika pasien berpindah ruang perawatan, misal dari ruang operasi ke ruang *post anesthesia care unit* atau ke bangsal perawatan (Ong dan Coiera, 2011).

Diskusi terkait manajemen pasien *post operasi* merupakan suatu komunikasi, yang mana komunikasi ini sebaiknya distandarisasi

seperti mencakup keadaan pasien, tanda vital, hasil operasi, kejadian saat operasi, rencana pengobatan, obat yang sudah diberikan dan respon pengobatan yang telah diberikan. Hal ini selain disampaikan melalui komunikasi verbal dapat juga dilakukan dengan tulisan tangan, akan tetapi paling baik dengan menggunakan komunikasi verbal dan ditambah dokumentasi tulisan tangan. Hasil dari diskusi harus disampaikan kepada tim yang menerima pasien selanjutnya, dan tim yang menerima juga harus melakukan konfirmasi kembali dan mengajukan pertanyaan yang diperlukan supaya tidak ada kesalahan (Sandlin, 2007; Rothstock, 2011).

Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan, *surgical safety checklist* fase *sign out* Poin diskusi terkait manajemen pasien *post operasi* sangatlah penting dilakukan, karena selain membahas tentang pengobatan atau penanganan pasien juga melakukan transfer informasi ke ruangan baru supaya tidak terjadi kejadian tidak diharapkan dan manajemen pasien lebih maksimal.

4. Hambatan penggunaan Surgical Safety Checklist

Tidak patuhnya pengisian *Surgical Safety Checklist* tidak terjadi hanya karena satu atau dua penyebab melainkan banyak penyebab yang bisa berkontribusi, mulai dari sistem yang menggerakkan pelayanan kesehatan, sarana dan prasarana sampai dengan kinerja perseorangan

yang bersentuhan langsung dengan pasien, yang kesemuanya berkolaborasi sehingga kepatuhan tidak tercapai. Demikian pula pada pengendaliannya, suatu variabel yang berisiko menyebabkan insiden keselamatan pasien harus dikendalikan secara menyeluruh meliputi sistem dan lingkungan yang melingkupinya.

Dari hasil wawancara pada tim operasi, beberapa hal yang menghambat penggunaan SSC di Instalasi Bedah Sentral Rumah sakit nur rohmah diantaranya adalah faktor sumber daya manusia yang terbatas, petugas lupa atau lalai dalam penggunaan SSC, kurangnya pemahaman mengenai SSC dan faktor operator yang jarang memberikan profilaksis antibiotik.

Sumber daya manusia disini sangatlah penting untuk kelancaran penggunaan SSC, dikarenakan, jika ada petugas koordinator yang bertanggung jawab penuh dengan SSC, maka tidak akan terbagi bagi tugasnya dan fokus pada SSC.

Lupa atau hilangnya memori juga menjadi masalah dalam dunia kesehatan, yang mana dapat mengakibatkan banyak sekali dampak yang tidak baik. Lupa atau hilangnya memori ini umum terjadi pada semua manusia, hal ini juga menjadi maslaah untuk mengingat sebuah informasi. Menurut Feil M (2013), lupa dapat menimbulkan kesalahan medis yang berdampak pada pasien sehingga menurunnya patient

safety. Dari keadaan lupa tersebut telah ditemukan 1202 laporan, yang mana 1015 diantaranya dikaitkan dengan kejadian yang mengganggu.

Beberapa macam laporan yang dikaitkan dengan keadaan lupa:

EVENT TYPE	NO. OF REPORTS
Medication error	605
Dose omission	283
Wrong (e.g., wrong drug, wrong rate, wrong route)	206
Extra dose	54
Monitoring error (includes contraindicated drugs)	23
Other	18
Prescription/refill delayed	11
Medication list incorrect	7
Unauthorized drug	3
Error related to procedure/treatment/test	282
Laboratory test problem	127
Other	64
Surgery/invasive procedure problem	44
Radiology/imaging test problem—wrong site	31
Respiratory care	10
Referral/consult problem	4
Dietary	2

Gambar 7. Hasil penelitian dari Feil M (2013), yang menyebutkan jumlah laporan akibat lupa

Dari gambar tersebut dapat dilihat bahwa dari 1202 laporan yang ada, 59,6% (605) terjadi medication error dan 46,8% (282) terjadi error terakit prosedur/pengobatan/tes. Dapat dilihat hal yang terjadi terakit dengan lupa, sehingga hal ini sebisa mungkin dihindari untuk selalu mempertahankan patient safety. Beberapa hal menurut Feil M (2013) yang dapat dilakukan untuk mencegah lupa, membuat checklist pekerjaan catatan kegiatan, meningkatkan komunikasi dengan partner, jangan menyiapkan obat pasien yang banyak secara bersamaan (selesaikan satu persatu) dan mengingatkan kembali bahwa lupa sangat berpengaruh sekali pada patient safety.

Pemahaman yang kurang dapat dikaitkan dengan pendidikan yang didapat seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya (Siagian, 2006). Penelitian Anugrarni (2010) mengungkapkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien. Dalam bekerja tidak hanya pendidikan formal saja yang harus dimiliki oleh perawat melainkan harus dilengkapi dengan berbagai pelatihan-pelatihan yang mendukung terhadap pekerjaan yang tidak didapatkan selama pendidikan.

Hasil dari wawancara tim Anestesi juga menyebutkan bahwa salah satu yang dapat menghambat pelaksanaan SSC adalah operator. Tidak semua operator memberikan profilaksis antibiotik pada operasinya, akan tetapi menurut WHO (2009), yang bertanggung jawab mengenai pemberian profilaksis antibiotik adalah Dokter Anestesi. Hal ini tentunya lebih baik dikoordinasikan supaya nantinya bisa dilaksanakan dan menjaga pasien agar tetap aman.

Hambatan dalam penerapan SSC juga dilaporkan oleh Levy at al (2012) diantaranya, kurang fahamnya mengenai SSC, masih bingungnya waktu untuk pelaksanaan dan siapa yang berperan dan kurangnya pendidikan.

Menurut Fourcade A (2012), hal yang menjadi penghambat terlaksanan SSC adalah banyaknya waktu yang dikonsumsi sedangkan tidak mengalami manfaat tambahan setelah penggunaan SSC dan pemeriksaan yang dilakukan berulang. Dianggap berulang karena sebelum dilakukannya SSC, Dokter bedah dan dokter anestesi pasti sudah melakukan skrening dan pemeriksaan secara sendiri, akan tetapi beberapa Poin SSC ini membutuhkan semua orang untuk hadir dalam melaksanakannya.

Selain itu kecemasan karena ketidakbiasaan dapat menyebabkan rasa canggung, yang mana koordinator SSC paling sering adalah perawat bukan dari dokter bedah atau dokter anestesi. Hal ini menyebabkan perawat penanggung jawab mempunyai rasa tidak nyaman, akan tetapi hal ini dapat diantisipasi dengan dokter bedah dan dokter anestesi memberi dukungan dan suport ke perawat penanggung jawab supaya menjadi lebih percaya diri (Mahajan, 2011).

5. Rekomendasi pelaksanaan Surgical Safety Checklist

Beberapa hambatan kendala telah diidentifikasi, sehingga beberapa rekomendasi juga muncul sebagai salah satu cara untuk merutinkan pelaksanaan SSC. Dari hasil wawancara dengan tim operasi, beberapa rekomendasi didapatkan, diantaranya meningkatkan

budaya disiplin dalam penerapan SSC, mengingatkan dan melakukan review ulang terkait manfaat dan efek jika tidak dilakukannya SSC, melakukan pengawasan secara rutin dan menambah petugas khusus SSC supaya lebih fokus.