

**EVALUASI KEPATUHAN TIM BEDAH DALAM PENERAPAN
SURGICAL SAFETY CHECKLIST WHO PADA OPERASI BEDAH MAYOR
DI INSTALASI BEDAH SENTRAL PKU MUHAMMADIYAH BANTUL**

Siti Karlina, Elsy Maria Rosa
Magister Manajemen Rumah Sakit –Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
nkarlina9@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Prosedur tindakan operasi bedah mayor di RS PKU Muhammadiyah Bantul sudah mempunyai standar dari komite medis di bagian bedah, namun belum dilakukan evaluasi terkait dengan prosedur pembedahan.

Tujuan Penelitian: Mengetahui kepatuhan tim bedah dalam menerapkan *surgical safety checklist fase sign in, time out, dan sign out* pada operasi bedah mayor dan mencari strategi untuk mengatasi hambatan penerapan *surgical safety checklist* di kamar operasi RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Metode Penelitian: Menggunakan desain *kuantitatif dan deskriptif*. Subjek penelitian ini meliputi tenaga kesehatan yang berada di ruang operasi mengenai kepatuhan perawat dan dokter anastesi dalam *surgical safety checklist* meliputi *sign in, time out dan sign out* yang dilakukan Pengambilan data dilakukan bertahap selama 7 hari di ruang bedah sentral RS PKU Muhammadiyah Bantul dan dijelaskan dengan kata kata secara deskriptif. Instrumen penelitian menggunakan *surgical safety checklist* dari WHO.

Hasil: Tercatat terdapat 30 sesi operasi. Kepatuhan pengisian paling rendah pada saat *sign in* adalah menuliskan waktu dimulainya *sign in* yaitu 4 (13,3%) dari 30 sesi operasi. Kepatuhan paling rendah pada saat *time out* adalah penulisan waktu yang hanya terisi sebanyak 3 (10%) dan konfirmasi untuk penayangan foto radiologis yaitu sebanyak 5 (16,7%). Kepatuhan paling rendah pada saat *sign out* adalah pengisian waktu *sign out* (10,0%) dan diagnosis post op (16,7%).

Kesimpulan: Pengisian *Surgical Safety Checklist* baik *Sign In, Time Out, maupun Sign Out* di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Bantul termasuk dalam kriteria kurang patuh.

Kata Kunci: *Surgical Safety Checklist*, Kepatuhan, RS PKU Muhammadiyah Bantul

LATAR BELAKANG

Salah satu upaya mutu peningkatan di Rumah Sakit adalah menjalankan program keselamatan pasien (*patient safety*). *Patient safety* adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas atas cedera potensial yang mungkin terjadi terkait dengan pelayanan kesehatan^[1].

Patient safety merupakan suatu system dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: assessment resiko, identifikasi dan pengolahan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari

insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbul resiko^[2].

Di Indonesia, pencatatan angka KTD dan KNC masih belum terdokumentasikan dengan baik. Kamar operasi merupakan tempat yang tepat yang paling sering membuat cedera dibandingkan dengan unit lain disebuah rumah sakit, karena kamar operasi merupakan tempat yang rumit dan beresiko tinggi^[3].

Pada Januari 2009, WHO melalui *World Alliance for Patient Safety* membuat *Surgical Safety Checklist* (SSC) sebagai alat yang digunakan untuk para klinisi di kamar bedah untuk meningkatkan keamanan operasi, mengurangi kematian dan komplikasi akibat pembedahan^[4]. Penggunaan SSCL WHO

dapat meningkatkan kerja sama tim di dalam kamar operasi. *Surgical safety checklist* telah banyak digunakan di dunia dan dapat dibuktikan mampu menurunkan angka kematian dan komplikasi akibat pembedahan.

Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Sedang kepatuhan petugas profesional adalah perilaku sebagai seorang yang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati^[5,6,7].

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 24 Agustus 2016 dengan metode wawancara, kepala ruang IBS Muhammadiyah Bantul mengatakan rumah sakit ini sudah menerapkan *surgical patient safety* sejak dua tahun yang lalu tetapi belum seratus persen melakukan dengan baik. Beliau mengatakan tim bedah baru 80% melakukan *surgical safety checklist*. Hal ini dilihat dari tim bedah, pada saat operasi ada poin yang tidak dilakukan seperti pada fase *time out* tim bedah tidak memperkenalkan diri secara verbal, tim bedah tidak meriview pasien secara verbal, fase *sign out* perawat tidak konfirmasi secara verbal jumlah instrumen yang digunakan.

Prosedur tindakan operasi bedah mayor di RS PKU Muhammadiyah Bantul sudah mempunyai standar dari komite medis di bagian bedah, namun belum dilakukan evaluasi terkait dengan prosedur pembedahan. Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini dibuat bertujuan untuk mengetahui kepatuhan tim bedah dalam menerapkan *surgical safety checklist* fase *sign in*, *time out*, dan *sign out* pada operasi bedah mayor dan mencari strategi untuk mengatasi hambatan penerapan *surgical safety checklist* di kamar operasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dan deskriptif naratif. penelitian ini dilakukan dengan cara mengumpulkan data dan menganalisis data kuantitatif pada tahap pertama, kemudian pada

tahap kedua, selanjutnya menganalisis data secara deskriptif dalam bentuk kata kata dan bahasa untuk kemudian diambil kesimpulan.^[8,9,10]

Metode kuantitatif digunakan untuk mencari informasi yang terukur mengenai pelaksanaan *surgical safety checklist* di ruang operasi RS PKU Muhammadiyah Bantul dan metode deskriptif digunakan untuk mendapatkan informasi mengenai evaluasi pelaksanaan *surgical safety checklist* di ruang operasi RS PKU Muhammadiyah Bantul

Subjek dan Objek penelitian

Subjek penelitian ini meliputi tenaga kesehatan yang berada di ruang operasi, yaitu seluruh seluruh tim operasi di instalasi bedah sentral. Sedangkan objek penelitiannya adalah kepatuhan perawat anastesi dan dokter anastesi dalam *surgical safety checklist* meliputi *sign in*, *time out* dan *sign out* yang dilakukan. Pengambilan data dilakukan bertahap selama 7 hari di ruang bedah sentral RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Instrument penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah panduan observasi. Dengan instrumen ini maka peneliti bisa melihat langsung pelaksanaan *surgical safety checklist* di ruang operasi Instalasi bedah sentral RS PKU Muhammadiyah Bantul dengan menggunakan *surgical safety checklist* dari WHO yang sudah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia, *surgical safety checklist* dibagi dalam tiga tahapan, sebelum induksi (*Sign In*), sebelum insisi kulit (*Time Out*), dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi (*Sign Out*). Dalam tiga siklus penelitian, semua poin pada *checklist* ini harus diisi sesuai dengan waktunya misalnya pengisian *checklist Sign in* dilakukan sebelum induksi, jika tidak maka poin 0 atau sama dengan tidak dilakukan, jika di isi mendapatkan nilai 1.^[11]

Variabel penelitian

Variabel penelitian ini adalah kepatuhan *surgical safety checklist*. Indikator untuk mengukur kepatuhan *surgical safety checklist*

yaitu melakukan pelaksanaan surgical *safety checklist sign in, time out, dan sign out*

Variabel *Sign in* dilakukan sebelum induksi anestesi, meliputi: konfirmasi identitas, lokasi operasi, prosedur operasi, inform consent, tanda lokasi operasi, mesin dan obat anestesi, pulse oximetri, riwayat alergi, kesulitan bernafas, resiko kehilangan darah >500ml.

Variabel *Time Out* dilakukan sebelum sayatan kulit, meliputi anggota tim mengenalkan nama dan peran mereka masing masing, perawat mengkonfirmasi pasien, lokasi, dan prosedur, antisipasi kejadian krisis, apakah langkah langkah kritis/yang tidak diharapkan, durasi operasi, antisipasi kehilangan darah, apakah pasien mempunyai pertimbangan khusus tertentu, apakah sterilisasi telah dikonfirmasi dan apakah adapemberitahuan mengenai peralatan atau yang lain, apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir, dan penempatan pencitraan

Variabel *Sign out* dilakukan sebelum pasien meninggalkan ruang operasi, meliputi perawat melakukan konfirmasi secara verbal dengan tim mengenai nama prosedur yang telah dilakukan, perhitungan instrument, jarum, dan kasa, jika ada spesimen harus dilakukan pelabelan, permasalahan berbagai peralatan, pada tahap akhir sebelum mengeluarkan pasien dari dilakukan pemeriksaan keselamatan

HASIL

Gambaran Umum Instalasi Bedah Sentral

Instalasi Bedah Sentral (IBS) PKU Muhammadiyah bantul terdiri dari 3 kamar operasi. Jenis operasi yang dilakukan di IBS umumnya adalah jenis operasi yang elektif atau terencana. Instalasi bedah Sentral PKU Muhammadiyah Bantul sudah mempunyai standar operasional prosedur patient safety seperti serah terima pasien praoperasi, dan identifikasi pasien, sedangkan untuk penerapan surgical safety checklist sudah berjalan dua

tahun Operasi bedah sentral dari tahun 2014-2015 sebanyak 2.994 tindakan, dengan rata rata setiap bulannya sebanyak 250 tindakan.

Karakteristik Responden

Subjek pada penelitian ini adalah pelaksanaan sesi operasi di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RS PKU Muhammadiyah Bantul yang terlaksana antara tanggal 1 sampai dengan 6 Februari 2016. Tercatat terdapat 30 sesi operasi dengan rincian pada tabel 4.1

Tabel 4.1
Jenis Operasi yang Dilakukan di IBS

Jenis Operasi	Jumlah	Persentase
Urologi	7	23,33%
ObsGin	6	20%
Ortopedi	2	6,67%
Onkologi	3	10%
Digestif	6	20%
Lain-lain	6	20%

Berbagai tindakan operasi pada penelitian ini per bagian adalah sebagai berikut: bagian bedah urologi meliputi TURP dan pengangkatan tumor kandung kemih, bagian obstetri dan ginekologi meliputi operasi *sectio caesarea* dan tumor ovarium, bagian ortopedi meliputi ORIF dan debridement ulkus, onkologi meliputi eksisi tumor subkutis dan keganasan sel basal, sedangkan bedah digestif meliputi apendektomi dan hernia repair.

Kelengkapan prosedur *patient safety* dinilai dengan melihat kelengkapan pada rekam medis yang meliputi kelengkapan data identitas, *checklist sign in, checklist time out, dan check list sign out.*

Kelengkapan Data Identitas

Salah satu strategi untuk mengurangi kesalahan operasi adalah identifikasi pasien dengan tepat termasuk konfirmasi ulang identitas pasien sebelum operasi dimulai. Tingkat kepatuhan pengisian identitas pasien pada lembar pengawasan operasi ditampilkan pada tabel 4.2

Tabel 4.2
Kepatuhan Pengisian Item Identitas pada Lembar Pengawasan Operasi

No	Item Identitas	Kelengkapan Pengisian Checklist			
		Patuh		Tidak Patuh	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Nama Pasien	28	93.3%	2	6.7%
2	Jenis Kelamin Pasien	29	96.7%	1	3.3%
3	Umur Pasien	13	43.3%	17	56.7%
4	No.Rekam Medik	24	80.0%	6	20.0%
5	Nama Tindakan Operasi	15	50.0%	6	20.0%
6	Tanggal Pelaksanaan Operasi	16	53,3%	14	46.7%
7	Nama dokter bedah / anestesi	7	23,3%	23	76.7%

Hasil penelitian menunjukkan seluruh lembar pengawasan tidak lengkap dalam item identitas. Pengisian identitas nama pasien sangat penting namun terdapat 2 (6,7%) dari 30 sesi operasi yang tidak mencantumkan nama pasien. Kepatuhan paling rendah ada pada item identitas nama dokter bedah dan anestesi, yaitu 7 (23,3%) sesi operasi yang mencantumkan nama dokter bedah / dokter anestesi yang terlibat dalam operasi tersebut.

Kepatuhan mengisi formulir / *checklist* pada item *sign in*

Sign in adalah fase sebelum induksi anestesi. Koordinator memeriksa secara verbal mengenai waktu, diagnosis pre-operasi, kesiapan pasien, kesiapan instrument, dan penilaian resiko. Tingkat kepatuhan fase *sign in* pada penelitian ini terlihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3
Kepatuhan Pengisian Item *Sign In* pada Lembar Pengawasan Operasi

No	Item <i>Sign In</i>	Kelengkapan Pengisian Checklist			
		Patuh		Tidak Patuh	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Waktu <i>sign in</i>	4	13.3%	26	86.7%
2	Diagnosis pre-operasi	24	80.0%	6	20.0%
3	Pasien telah diinformasikan identifikasi gelang, lokasi, prosedur, <i>informed consent</i> operasi	30	100.0%	0	0.0%
4	Penandaan lokasi operasi	26	86.7%	4	13.3%
5	Mesin dan obat-obat anestesi sudah dicek lengkap	26	86.7%	4	13.3%
6	<i>Pulse oximeter</i> sudah terpasang dan berfungsi	19	63.3%	11	36.7%
7	Penilaian riwayat alergi	26	86.7%	4	13.3%
8	Penilaian penyulit pernafasan / resiko aspirasi dan menggunakan peralatan / bantuan nafas	28	93.3%	2	6.7%
9	Penilaian resiko kehilangan darah >500 ml	27	90.0%	3	10.0%
10	Penilaian perlunya dua akses intravena / akses sentral dan rencana terapi cairan	26	86.7%	4	13.3%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada 30 sesi operasi selalu melakukan identifikasi gelang pasien, lokasi operasi, dan telah melakukan *informed consent* kepada

pasien terkait prosedur operasi dan anestesi. Namun banyak beberapa item yang tidak diisi. Kepatuhan pengisian paling rendah adalah menuliskan waktu dimulainya *sign in* yaitu 4

(13,3%) dari 30 sesi operasi. Sedangkan penilaian resiko pasien dilakukan dengan tingkat kepatuhan di atas 85%, yaitu penilaian riwayat alergi (86,7%), penilaian penyulit pernafasan / resiko aspirasi (93,3%), penilaian resiko kehilangan darah (90,0%), dan penilaian perlunya akses intravena 2 jalur (86,7%).

Kepatuhan mengisi formulir / checklist pada item time out

Time out adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran, konfirmasi lokasi operasi, konfirmasi antibiotik profilaksis, dan antisipasi kejadian kritis. Tingkat kepatuhan fase *time out* pada penelitian ini terlihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4
Kepatuhan Pengisian Item *Time Out* pada Lembar Pengawasan Operasi

No	Item <i>Time Out</i>	Kelengkapan Pengisian Checklist			
		Patuh		Tidak Patuh	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Waktu time out	3	10.0%	27	90.0%
2	Konfirmasi seluruh anggota tim telah memperkenalkan nama dan perannya masing-masing	28	93.3%	2	6.7%
3	Dokter bedah, dokter anestesi dan perawat melakukan konfirmasi secara verbal tentang nama pasien, prosedur, dan lokasi dimana akan dibuat	28	93.3%	2	6.7%
4	Konfirmasi antibiotik sudah diberikan 30 menit sebelumnya, nama dan dosis antibiotic	20	66.7%	10	33.3%
5	Antisipasi kejadian kritis <i>review</i> dokter bedah	8	26.7%	22	73.3%
6	Antisipasi kejadian kritis <i>review</i> tim anestesi	8	26.7%	22	73.3%
7	Antisipasi kejadian kritis <i>review</i> tim perawat	11	36.7%	19	63.3%
8	Konfirmasi apakah foto X-Ray/CT-Scan/MRI telah ditayangkan	5	16.7%	25	83.3%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengenalan nama dan peran masing-masing anggota tim operasi cukup baik, termasuk konfirmasi ulang prosedur dan lokasi operasi yaitu sekitar 93,3%. Namun banyak beberapa item yang tidak diisi terutama pada waktu time out yang hanya terisi sebanyak 3 (10%) dan konfirmasi untuk penayangan foto radiologis yaitu sebanyak 5 (16,7%). Kepatuhan untuk antisipasi kejadian kritis cukup rendah yaitu dari *review* dokter bedah (26,7%), *review* dari tim

anestesi (26,7%), dan *review* dari tim perawat (36,7%)

Kepatuhan mengisi formulir / checklist pada item sign out

Sign out adalah fase tim bedah meninjau operasi yang telah dilakukan misalnya kelengkapan instrumen, *labeling* spesimen, diagnosis post-operasi dan masalah lain. Tingkat kepatuhan fase *sign out* pada penelitian ini terlihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5
Kepatuhan Pengisian Item *Sign Out* pada Lembar Pengawasan Operasi

No	Item <i>Sign Out</i>	Kelengkapan Pengisian Checklist			
		Patuh		Tidak Patuh	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Waktu Sign Out	3	10.0%	27	90.0%
2	Diagnosa <i>post</i> operasi	5	16.7%	25	83.3%
3	Nama prosedur tindakan yang telah dilakukan	22	73.3%	8	26.7%
4	Instrumen, spons, dan jarum telah dihitung dengan benar	22	73.3%	8	26.7%
5	Spesimen telah diberi label (termasuk nama pasien dan asal jaringan spesimen)	23	76.7%	7	23.3%
6	Mencatat masalah dengan peralatan selama operasi	21	70.0%	9	30.0%
7	Review masalah utama apa yang harus diperhatikan untuk penyembuhan dan manajemen pasien selanjutnya	19	63.3%	11	36.7%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar tidak patuh mengisi item *sign out*. Kepatuhan paling rendah adalah pengisian waktu *sign out* (10,0%) dan diagnosis *post* operasi (16,7%).

Operasi bedah digestif memiliki tingkat kelengkapan pengisian formulir yang rendah pada item Time Out (33,3%) dan Sign Out (38%). Mirip dengan pola pengisian pada bedah urologi dengan kelengkapan Time Out sebesar 37,5% dan Sign Out 42,8%. Kelengkapan pengisian yang rendah pada Bedah Onkologi hanya ditemui pada item Sign Out (25%). Kelengkapan yang paling baik terlihat pada operasi bedah ortopedi dan obsgyn dengan kelengkapan semua item di atas 50%..

Secara umum terlihat operasi bedah ortopedi dan obsgyn memiliki tingkat kelengkapan yang paling tinggi. Selain itu masing-masing jenis operasi memiliki pola tersendiri dalam hal proporsi item yang tidak lengkap pengisiannya.

PEMBAHASAN

Karakteristik Subjek

Dari 30 sesi operasi yang diamati, paling banyak adalah bedah urologi yaitu 7 sesi (23,3%), diikuti dengan bedah digestif yaitu 6 sesi (20%) dan bedah pada bagian obstetri-ginekologi yaitu 6 sesi (20%). Hasil ini sesuai

dengan prevalensi penyakit yang memerlukan tindakan bedah di Indonesia.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 menunjukkan kelahiran dengan bedah caesar di Indonesia sekitar 19,9% dari total persalinan. Kemudian pada bagian urologi, prevalensi BPH sebesar 40% pada usia 50-60 tahun dan 90% pada usia 80-90 tahun. Sedangkan apendisitis akut masih merupakan penyebab tersering dari akut abdomen dan salah satu dari penyebab operasi emergensi terbanyak di unit gawat darurat. Prevalensi seumur hidup untuk apendisitis akut adalah berkisar satu dari tujuh. Sedangkan insidensi apendisitis akut adalah 1,5 – 1,9 per 1000 pada populasi pria dan wanita, dan insidensi pada pria kurang lebih 1,4 kali lebih besar dibandingkan wanita^[12, 13].

Berdasarkan hasil penelitian, *Surgical Safety Checklist* (SSC) di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Bantul sudah dipakai namun belum berjalan dengan baik karena sebagian besar item memiliki kepatuhan pengisian yang rendah. *Surgical Safety Checklist* di kamar operasi digunakan melalui 3 tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktu yaitu sebelum induksi anestesi (*Sign In*), sebelum insisi kulit (*Time Out*) dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*Sign Out*).

Bagian identitas meskipun sepele namun belum terisi dengan baik. Hal ini sesuai penelitian Ridho^[13], yaitu aspek kelengkapan

rekam medis yang sering tidak lengkap adalah nama dan tanda tangan dokter (23,35%), koreksi kesalahan (16,21%), identitas pasien (3,85%) dan tanggal dan waktu (1,65%).

Kelengkapan *Surgical Safety Checklist* fase *sign in*

Pada fase *sign in* dilakukan sebelum induksi anestesi, koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, *pulse oksimetri* pada pasien berfungsi. Koordinator dengan penata atau dokter anestesi mengkonfirmasi resiko pasien, apakah pasien ada riwayat alergi, kesulitan jalan nafas dan resiko kehilangan darah.

Item yang mempunyai kepatuhan pengisian paling tinggi adalah identifikasi gelang pasien, lokasi operasi, dan telah melakukan *informed consent* kepada pasien terkait prosedur operasi dan anestesi. Hal ini menunjukkan bahwa kesadaran preparasi pasien untuk operasi cukup baik dan dianggap sebagai komponen yang penting dan harus rutin dilakukan. Penting untuk dilakukan pembiasaan agar tidak terjadi operasi salah sisi/lokasi dan salah pemberian obat pada pasien yang akan di operasi. Untuk itu perlu dibuat mekanisme pengawasan yang tepat, dari koordinator mengingatkan untuk mengisi *checklist* dengan baik dan benar, mengingatkan untuk dilakukan *sign in*.

Kepatuhan pengisian paling rendah adalah penilaian resiko pasien yaitu penilaian riwayat alergi (86,7%), penilaian penyulit pernafasan / resiko aspirasi (93,3%), penilaian resiko kehilangan darah (90,0%), dan penilaian perlunya akses intravena 2 jalur (86,7%). Hadirnya dokter spesialis anestesi saat akan dilakukan induksi cukup penting. Peran dokter spesialis anestesi adalah menilai riwayat alergi pada pasien yang akan di operasi dan penilaian resiko yang bisa terjadi selama dan setelah operasi berlangsung. Ketiadaan dokter spesialis anestesi saat *sign in* menyebabkan rendahnya kepatuhan melaksanakan *Surgical Safety Checklist* ^[14].

Pengalaman kerja menjadi salah satu faktor kunci dalam keselamatan pasien di rumah sakit. Pengalaman kerja menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap asuhan keperawatan yang aman bagi pasien. Pengalaman kerja atau lama bekerja menjadi faktor yang berhubungan secara signifikan pada kepatuhan *safe surgery* karena ada kecenderungan dimana perawat yang telah bekerja lama di rumah sakit memiliki kemampuan lebih baik dalam melakukan asuhan keperawatan yang aman bagi pasien ^[15].

Kelengkapan *Surgical Safety Checklist* fase *time out*

Kepatuhan untuk antisipasi kejadian kritis cukup rendah yaitu dari *review* dokter bedah (26,7%), *review* dari tim anestesi (26,7%), dan *review* dari tim perawat (36,7%). 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 ^[16].

Checklist tidak selalu dilaksanakan dengan baik sebagaimana mestinya. Komponen yang seharusnya dapat memudahkan komunikasi malah sering diabaikan yaitu Time-Out sering tidak dilakukan sebagai upaya tim ^[17].

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 ^[18,19].

Kelengkapan *Surgical Safety Checklist* fase *sign out*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar tidak patuh mengisi item *sign out*. Kepatuhan paling rendah adalah pengisian waktu *sign out* (10,0%) dan diagnosis post operasi (16,7%). Hal ini berkaitan kesadaran evaluasi pasca operasi yang kurang dianggap penting. Meskipun telah melewati masa kritis pada keselamatan pasien, namun operator dokter bedah, dokter anestesi, dan perawat

seharusnya melakukan review masalah utama apa yang harus diperhatikan untuk penyembuhan dan manajemen pasien selanjutnya^[20]

Menurut Vogts^[21] domain Sign Out hampir selalu diabaikan, sehingga dapat meningkatkan risiko kelalaian dalam perawatan pasca operasi. Sedangkan penelitian Bashford^[22] menunjukkan bagian 'sign out' dilaporkan sebagai bagian yang paling sulit dari checklist untuk diselesaikan, dan tidak terjawab sepenuhnya pada 21% kasus.

Menurut Nirbita^[23] komplikasi yang dapat ditemukan terkait infeksi daerah operasi adalah tanda inflamasi sebesar 30%. Status gizi, jenis operasi, dan durante mempunyai pengaruh yang signifikan terkait munculnya inflamasi superfisial.

Alasan utama rendahnya pengisian checklist ini menurut Melekie^[24] adalah kurangnya pelatihan sebelumnya (45,1%) dan kurangnya kerjasama di antara anggota tim operasi (21,6%). Keberhasilan penerapan Surgical Safety Checklist tergantung pada pelatihan staf untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan. Tidak dapat diasumsikan bahwa pengenalan checklist secara otomatis akan mengarah pada hasil yang lebih baik. Selain itu komunikasi dengan staf sangat penting untuk memperbaiki kepatuhan^[25].

Pelatihan dan penilaian rutin penggunaan checklist dapat disarankan untuk mempertahankan sikap positif di antara staf ruang operasi mengenai pentingnya alat keselamatan semacam ini dalam meningkatkan patient safety^[26].

KESIMPULAN

1. Kepatuhan pengisian paling rendah pada saat *sign in* adalah menuliskan waktu dimulainya sign in yaitu 4 (13,3%) dari 30 sesi operasi. Sedangkan penilaian resiko pasien dilakukan dengan tingkat kepatuhan di atas 85%, yaitu penilaian riwayat alergi (86,7%), penilaian penyulit pernafasan / resiko aspirasi (93,3%), penilaian resiko kehilangan darah (90,0%), dan penilaian perlunya akses intravena 2 jalur (86,7%).

2. Kepatuhan paling rendah pada saat *time out* adalah penulisan waktu yang hanya terisi sebanyak 3 (10%) dan konfirmasi untuk penayangan foto radiologis yaitu sebanyak 5 (16,7%). Kepatuhan untukantisipasi kejadian kritis cukup rendah yaitu dari review dokter bedah (26,7%), review dari tim anestesi (26,7%), dan review dari tim perawat (36,7%)
3. Kepatuhan paling rendah pada saat *sign out* adalah pengisian waktu sign out (10,0%) dan diagnosis post operasi (16,7%).
4. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat ditarik kesimpulan, pengisian *Surgical Safety Checklist* baik *Sign In*, *Time Out*, maupun *Sign Out* di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Bantul termasuk dalam kriteria kurang patuh.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penghargaan setinggi-tingginya dan ucapan terimakasih, penulis sampaikan kepada:

1. Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes., AAK selaku ketua program pendidikan Magister Management Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
2. DR. Elsy Maria Rosa, M.Kep selaku pembimbing konten penelitian ini.
3. Mariska Urhmila, SE. M.Kes, selaku pembimbing metodologi penelitian ini.
4. Seluruh dosen Prodi MMR UMY atas seluruh ilmu yang dicurahkan kepada kami.
5. Direktur dan segenap karyawan RS PKU Muhammadiyah Bantul yang telah memberikan dukungan kesempatan yang sangat luas dalam penelitian ini.
6. Seluruh pihak yang terkait yang telah memberikan bantuan untuk menyelesaikan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. KKP-RS. 2008. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Jakarta:
2. Kemenkes, R. (2006). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Kemenkes RI. Jakarta.

3. Schimpff, S.C. (2007) Improving Operating Room and Perioperative Safety: Background and Specific Recommendations. *Surgical Innovation*, 14(2) June, pp.127-135
4. World Health Organization (2009) Guidelines for Safe Surgery. *Safe Surgery Saves Lives*, WHO, Geneva.
5. Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek (Revisi 4)* Jakarta: PT Rineka
6. Hunter, D., & Blain, N. (1999). Rates of adverse event among hospital admissions and day surgeries in Ontario from 1992 to 1997. *Canadian Medical Association Journal*, 160 (11), 1585-6
7. Suprpti, Rosa E. M., Permatasari Y. 2014. Action Research: Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Muhammadiyah Journal of Nursing*
8. Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., et al. (2009) A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5) January 29, pp.491-99
9. Howard, A.W. 2011. Surgical Safety WHO Surgical Safety Checklist. *The New England Journal of Medicine*. pp1-6. <http://www.hmri.org/research/our-researchers/howard-kaufman>. Diakses 03 februari 2015 jam 15.15 WIB.
10. Lagoo J., Lopushinsky S.R., Haynes A.B., Bain P., Flageole H., Skarsgard E.D., Brindle M.E. 2017. Effectiveness and meaningful use of paediatric surgical safety checklists and their implementation strategies: a systematic review with narrative synthesis. *BMJ Open* 2017;7:e016298. doi:10.1136/bmjopen-2017-016298
11. Baldrige, & Malcolm. (2009). *The Monthly Publication for Or Decision Makers or Manager*, 3,25.
12. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013
13. Ridho K.M., Rosa E.M., Suparniati E. 2013. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengisian Rekam Medis Di Rumah Sakit Gigi Dan Mulut Pendidikan UMY. Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
14. Sendlhofer G, Lumenta DB, Leitgeb K, Kober B, Jantscher L, Schanbacher M, et al. (2016). The Gap between Individual Perception and Compliance: A Qualitative Follow-Up Study of the Surgical Safety Checklist Application. *PLoS ONE* 11 (2): e0149212. doi:10.1371/journal.pone.0149212
15. Biffi W.L., Gallagher A.W., Pieracci F.M., Berumen C. Suboptimal compliance with surgical safety checklists in Colorado: A prospective observational study reveals differences between surgical specialties. *Patient Safety in Surgery* (2015) 9:5. DOI 10.1186/s13037-014-0056-z
16. Giles K., Munn Z., Aromataris E., Deakin A., Schultz T., Mandel C., Maddern G., Pearson A., Runciman W. 2016. Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an observational study. *ANZ J Surg* 87 (2017) 971–975. doi: 10.1111/ans.13638
17. Rydenfalt C., Johansson G., Odenrick P., Akerman K., Larsson P.A., 2013. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care* 2013; Volume 25, Number 2: pp. 182–187
18. Hurtao J.J.H., Jimenez X., Penalonzo M.A., Villatoro C., Izquierdo S., Cifuentes M. 2012. Acceptance of the WHO Surgical Safety Checklist among surgical personnel in hospitals in Guatemala City. *BMC Health Services Research* 2012, 12:169
19. Anderas, T., Joshua, B.P., Susan, P.M., Georgae, T.B. (2010) Impact of Pulse Oximetry Surveillance on Rescue Event Intensive Care Unit Transfers: A Before and after concurrence study, *Journal of Anesthesiology*, 112(2), pp.282-287
20. Wangoo L., Ray R.A., Ho Y.H. 2016. Compliance and Surgical Team Perceptions of WHO Surgical Safety Checklist; Systematic Review. *Int Surg* 2016;101:35–49. DOI: 10.9738/INTSURG-D-15-00105.1

21. Vogts N., Hannam J.A., Merry A.F., Mitchell S.J. 2011. Compliance and quality in administration of a Surgical Safety Checklist in a tertiary New Zealand hospital. *N Z Med J.* 2011 Sep 9;124(1342):48-58.
22. Bashford T. Reshamwalla S., McAuley J., Allen N.H., McNatt Z., Gebremedhen Y.D. Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist in an Ethiopian Referral Hospital. *Patient Safety in Surgery* 2014 8:16
23. Nirbita A., Rosa E.M., Listiowati E. 2017. Faktor Risiko Kejadian Infeksi Daerah Operasi pada Bedah Digestif di Rumah Sakit Swasta. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat* Volume 11, Issue 2, September 2017, pp. 93-98
24. Melekie T.B., Getahun G.M., 2015. Compliance with Surgical Safety Checklist completion in the operating room of University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes* (2015) 8:361. DOI 10.1186/s13104-015-1338-y
25. McGinlay D., Moore D., Mironescu A. 2015. A prospective observational assessment of Surgical Safety Checklist use in Brasov Children's Hospital, barriers to implementation and methods to improve compliance. *Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care* 2015 Vol 22 No 2, 111-121
26. Asefzadeh, S., Rafiei, S., Saeidi, M., Karimi, M. 2017. Compliance with WHO safe surgery checklist in operating rooms: A case study in Iran Hospitals. *Bali Medical Journal* 6(3): 465-469. DOI:10.15562/bmj.v6i3i.577

.

.