

***SIGN IN COMPLETING IN IMPROVING COMPLIANCE  
SAFE SURGERY IN PKU MUHAMMADIYAH  
YOGYAKARTA UNIT II HOSPITAL***

Elsye Maria Rosa<sup>1</sup> Andri Firman Saputra<sup>2</sup>

Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana,  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

***ABSTRACT***

***Background:*** Complications and deaths due to surgery become one of the global health problems. World Health Organization estimates that at least half a million deaths due to preventable surgical. An effort to improve the quality of surgical services including the Surgical Safety Checklist to use made by World Health Organization. Compliance to use this surgery checklist which is can increase the number of safe surgery, reduce the wrong site surgery and nearmiss.

***Method:*** This research is a qualitative action research design. The study population was all the doctors and nurse anesthetist. Number of samples 6 people. The data is collected by observation sheet Surgical Safety Checklist: Sign In RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II for 3 cycles of observation.

***Result and Discussion:*** The results of observations on the first to the third cycle shows that all disobeying nurse anesthetist (100%) the Surgical Safety Checklist to fill: Sign In. The results of the response every cycle and a structured interview with the anesthesiologist showed that nurses are still confused how to use the checklist, the checklist has not been a necessity, the culture of patient safety is still minimal, lack quality of human resources, lack of supervision and lack of socialization mechanisms Surgical Safety Checklist noncompliance that influence nurses Sign In to to fill.

***Conclusion:*** Completing Sign In in the installation of surgery center in PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Hospital is noncompliance, because they still haven't got the identity bracelet mounted on a patient who will be operating and marking the location of a rare surgery. Advice to hospital are to create a Standard Operating Procedure (SOP), SOP socialize regularly, make in-house training, increase the commitment of doctors and nurses, create a surveillance system, create a system of reward and punishment.

***Keywords:*** Sign In, Compliance Safe Surgery

**PENDAHULUAN**

*Patient Safety* juga merupakan salah satu dimensi mutu yang saat ini menjadi pusat perhatian para praktisi pelayanan kesehatan dalam skala nasional maupun global. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sedikitnya ada setengah juta kematian akibat pembedahan yang sebenarnya bisa dicegah. Program *Safe Surgery Saves Lives* memperkenalkan dan melakukan uji coba *surgical safety checklist* sebagai upaya untuk keselamatan pasien dan mengurangi jumlah angka

kematian di seluruh dunia. Tujuan utama dari *surgical safety checklist* untuk menurunkan KTD di kamar operasi (Siagian, 2011). WHO (2008), menjelaskan bahwa *surgical safety checklist* di kamar bedah digunakan melalui 3 tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktunya yaitu saat sebelum induksi anestesi (*Sign In*), sebelum dilakukan insisi kulit (*Time Out*) dan sebelum mengeluarkan pasien dari kamar operasi (*Sign Out*). *Surgical Safety Checklist* tersebut sudah baku dari WHO yang merupakan alat komunikasi praktis dan sederhana dalam memastikan keselamatan pasien dalam tahap preoperatif, intraoperatif dan paskaoperatif. Belum ada data yang lengkap tentang angka kematian dan komplikasi pembedahan di Indonesia. Demikian pula belum ada data lengkap tentang praktek keselamatan pasien (*patient safety*) pada tindakan pembedahan di Indonesia. Pelaksanaan keselamatan pasien dengan SSC (*Surgical Safety Checklist*) WHO di Indonesia juga belum banyak dilaporkan. Penelitian dengan *instrument* SSC diantaranya dilakukan oleh Siagian (2011) pada kasus bedah digestif di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Pendidikan Dr. Sardjito di Yogyakarta, menemukan pelaksanaan SSC belum secara konsisten dilaksanakan, dengan masih ditemukannya kejadian tidak diharapkan. Infeksi luka operasi terjadi 9,1%, koma >24 jam sebanyak 2,3%, penggunaan ventilator >48 jam 4,5%, operasi ulang pasien tanpa terencana 2,3%, perdarahan yang memerlukan transfusi dalam 72 jam 4,5% dan kematian 4,5%. Dari hasil tersebut maka rumah sakit perlu melakukan *surgical patient safety* secara rutin dan berkelanjutan untuk mengetahui pengaruhnya terhadap mutu pelayanan pasien.

Penelitian Weiser *et al.*, (2008) studi implementasi WHO *Surgical Safety Checklist* pasca ujicoba yang dilakukan di delapan rumah sakit yang sama didapatkan penurunan komplikasi pada operasi darurat sebesar 63,6%, penurunan angka kematian di rumah sakit akibat operasi dari 3,7% menjadi 1,4% angka Infeksi Luka Operasi (ILO) turun dari 11,2% menjadi 6,6% dan kehilangan darah lebih dari 500 ml turun dari 20,2% menjadi 13,2%. Penelitian Latosinsky *et al.*, (2010) jika *Surgical Patient Safety* dilaksanakan secara konsisten akan menurunkan angka kematian dari 1,5% menjadi 0,8% dan menurunkan komplikasi yang terjadi dari 11% menjadi 7%. Selain penggunaan *checklist* kelompok studi ini juga melakukan intervensi pengenalan diri dan perannya dalam tim, kondisi pasien sebelum operasi, potensi penyulit yang mungkin muncul, kebutuhan peralatan khusus, posisi pasien dan lain-lain. Tim operasi bisa jadi bekerja tanpa saling mengetahui nama masing-masing dikarenakan

kurangnya pengenalan diantara tim, akibatnya akan sulit bagi anggota tim untuk bertanya, mengingatkan atau memberitahu jika ada masalah yang terjadi.

Penelitian Haynes *et al.*, (2009) dalam penerapan 19 *item surgical safety checklist* terbukti menurunkan angka kematian dari 1,5% menjadi 0,8%, penurunan komplikasi dari 11% menjadi 7% dan penurunan infeksi nosokomial dari 6,2% menjadi 3,4%. Penelitian Vries *et al.*, (2009) pada salah satu studi analisis kohort retrospektif oleh “*a SURgical Patient Safety System (SURPASS)*” didapatkan bahwa walaupun waktu pemberian antibiotik profilaksis dengan menerapkan *surgical patient safety checklist* praoperasi lebih lama dari 23.9 – 29.9 menit menjadi 32.9 menit, tetapi proporsi pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit menurun sebesar 6%.

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, didapatkan bahwa *Surgical Safety Checklist* sudah tersedia di Instalasi Bedah Sentral (IBS), sedangkan penggunaannya *checklist* sendiri belum rutin. Berdasarkan wawancara dengan koordinator *Patient Safety* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II mengatakan bahwa pelaksanaan *surgical safety checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dimulai sejak bulan maret 2013 lalu, *surgical safety checklist* yang digunakan mengacu pada *surgical safety checklist* buatan WHO. Koordinator *surgical safety checklist* adalah perawat bedah atau anestesi yang mengikuti operasi tersebut. Selama penerapan *surgical safety checklist* di IBS kendala yang sering terjadi jika ada operasi yang bersamaan penerapan *surgical safety checklist* sering terlewat dan juga belum adanya pelatihan mengenai *patient safety* di IBS dan penggunaan *surgical safety checklist* itu sendiri.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kepatuhan melakukan pengisian *Surgical Safety Checklist: Sign In* oleh perawat anestesi dan dokter anestesi., Meningkatkan pemahaman dan kesadaran pentingnya pengisian *Surgical Safety Checklist: Sign In.* dan untuk mengetahui pelaksanaan pengisian *Surgical Safety Checklist: Sign In* yang benar, tepat dan sesuai dengan standar baku dari WHO.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif yaitu suatu proses penelitian yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena dengan rancangan *action research* penerapan pengisian *Surgery Safety Checklist* khususnya kolom “*Sign In*” di instalasi bedah sentral RS. PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Subjek penelitian ini adalah seluruh dokter anestesi dan perawat anestesi di instalasi bedah sentral RS. PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Sedangkan objek penelitian ini adalah kepatuhan dokter dan perawat anestesi. Sampel penelitian ini adalah dokter anestesi yang berjumlah 4 orang dan 2 orang perawat anestesi yang bertugas di instalasi bedah sentral RS. PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Sampling dilakukan dengan mengambil 4 orang dokter anestesi dan 2 orang perawat anestesi dari jumlah populasi yang telah memenuhi kriteria penelitian yang ditetapkan peneliti sehingga akan mengurangi faktor-faktor yang dapat mengganggu hasil penelitian atau menggunakan metode *purposive sampling*. Kriteria inklusi dan eksklusi penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Kriteria inklusi: dokter spesialis anestesi yang berpraktek sebagai dokter tetap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dan perawat anestesi di Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.
- b. Kriteria eksklusi: dokter spesialis anestesi pengganti dan perawat anestesi yang sedang cuti dan sedang mengikuti pendidikan lanjutan

Jalannya pelaksanaan penelitian memiliki 3 siklus, dengan gambaran sebagai berikut:

	Siklus I	Siklus II	Siklus III
<b>Perencanaan</b>	Menilai pengisian <i>checklist</i>	Menilai pengisian <i>checklist</i> dan pelatihan SSC	Menilai pengisian <i>checklist</i>
<b>Aksi</b>	Observasi dan wawancara	- Observasi dan wawancara - Edukasi <i>surgical safety checklist</i> , pengisian lembar <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> , <i>observasi</i>	Observasi
<b>Observasi</b>	Sebelum operasi dimulai	Sebelum operasi dimulai	Sebelum operasi dimulai
<b>Refleksi</b>	Jumlah operasi yang menggunakan <i>checklist</i>	Respon dari peserta terkait pelaksanaan <i>surgical safety checklist</i> selama ini	Jumlah operasi yang menggunakan <i>checklist</i> .

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

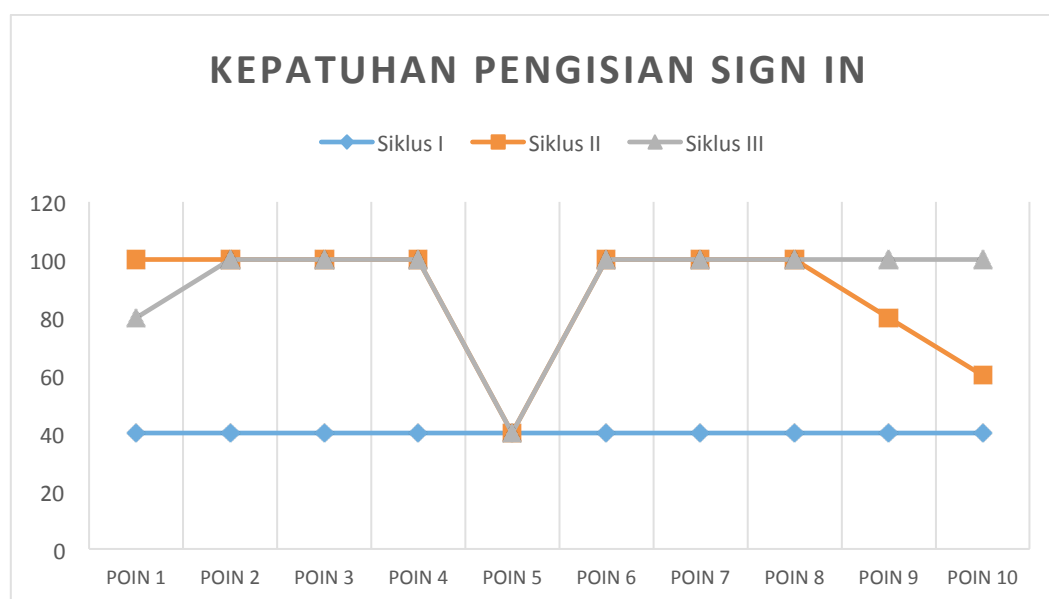
### 1. Karakteristik Responden

Responden atau partisipan pada penelitian ini adalah dokter spesialis anestesi yang berjumlah 4 orang dan perawat anestesi yang berjumlah 2 orang yang bekerja di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Tabel 4.1  
Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, jenis kelamin, masa kerja dan pendidikan.

Karakteristik responden	Jumlah responden
<b>Umur</b>	
20 – 30 tahun	2
> 30 tahun	4
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki-laki	6
Perempuan	0
<b>Lama Bekerja</b>	
1-5 tahun	5
> 5 tahun	1
<b>Pendidikan</b>	
D3	2
Spesialis	4

### 2. Hasil Analisa Data Kualitatif pada Siklus I, II dan III



a. Siklus I

- a) Perencanaan, pada siklus I ini peneliti menilai kepatuhan pengisian Checklist Sign In sebelum di berikan edukasi.
- b) Aksi, pada siklus I ini peneliti mengobservasi apakah Surgical Safety Checklist di isi sesuai dengan fase pengisiannya atau tidak dan melakukan wawancara terstruktur dengan responden.
- c) Observasi, pada siklus I ini observasi dilakukan pada saat sebelum operasi untuk melihat apakah Sign In dilakukan atau belum.
- d) Refleksi, pada gambar 4.1 bisa dilihat bahwa penggunaan Surgical Safety Checklist masih belum patuh karena dari total operasi yang dilakukan hanya 40% operasi yang menggunakan Sign In. Adapun respon yang didapatkan dari responden terkait penggunaan checklist diantaranya: 1) Operasi yang belum banyak, 2) Penggunaan checklist belum maksimal, 3) Dokter spesialis anestesi terkadang datangnya telat, dan 4) Kami masih bingung cara menggunakan checklist.

b. Siklus II

- a) Perencanaan, pada siklus II ini peneliti memberikan edukasi tentang fungsi dan pentingnya pengisian Surgical Safety Checklist dan observasi pengisian Sign In. Narasumber berasal dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, dengan materi Pelaksanaan Surgical Safety Checklist. Model pelatihannya adalah ceramah, diskusi dan tanya jawab, dan melihat video role play pengisian Surgical Safety Checklist WHO.
- b) Aksi, penjelasan materi pelatihan sesuai dengan perencanaan, model pelatihannya ceramah, diskusi, tanya jawab dan melihat video role play. Lama pelatihan pada siklus pertama sekitar 120 menit, di aula RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II yang dilaksanakan pada hari Senin tanggal 25 Agustus 2014 dimulai pada pukul 13:00 dan diikuti oleh 4 orang perawat.

- c) Observasi, sama seperti siklus I, observasi dilakukan sebelum induksi dimulai.
  - d) Refleksi, berdasarkan gambar 4.1 bisa dilihat bahwa poin 1-4 pada kolom Sign In sudah dilakukan 100%, poin 5 penggunaannya 40%, poin 6-8 sudah dilakukan 100%, poin 9 penggunaannya 80% dan poin 10 penggunaannya sebesar 60%. Adapun respon yang didapatkan dari responden selama siklus II ini yaitu, “template checklist sebaiknya dirubah lebih informatif”.
- c. Siklus III
- a) Perencanaan, pada siklus ini partisipan atau responden diharapkan tingkat kepatuhan dalam mengisi Sign In mengalami peningkatan.
  - b) Aksi, menjelaskan kembali tentang cara mengisi Sign In sesuai standar WHO.
  - c) Observasi, observasi dilakukan saat pasien masuk kamar operasi hingga pasien sudah di induksi.
  - e) Refleksi, berdasarkan gambar 4.1 bisa dilihat pada poin 1 penggunaannya 80%, poin 2-4 penggunaannya sudah 100%, poin 5 penggunaannya 40%, dan pada poin 6-10 penggunaannya sudah 100%. Adapun respon yang didapat pada siklus III ini diantaranya: 1) Respon dari dokter operator “Tumben dilakukan briefing Time Out”, 2) “Ada yang menilai, ayo segera di lakukan Sign In”.

Setelah dilakukan action research tiga siklus selesai dilaksanakan, peneliti kemudian melakukan wawancara kepada dokter spesialis anestesi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

### 3. Hasil Wawancara

#### a. Penggunaan *Surgical Safety Checklist*

Tanggapan dokter anestesi terkait penggunaan *Surgical Safety Checklist* dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.2

Matriks hasil wawancara mendalam dengan dokter spesialis anestesi tentang penggunaan *Surgical Safety Checklist*

Responden	Penggunaan Surgical Safety Checklist (SSC)
1	- Setiap pasien yang akan dioperasi - <i>Surgical safety checklist</i> merupakan kebutuhan
2	- Dimulai dari serah terima pasien - SDM kita masih terbatas dan jumlah operasi belum banyak - SSC sudah kita pakai
3	- Belum berjalan
4	- Penggunaan belum rutin

b. *Patient safety*

Tanggapan dokter anestesi terkait *patient safety* di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.3

Matriks hasil wawancara mendalam dengan dokter spesialis anestesi tentang *patient safety* di RS Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

Responden	Patient safety
1	- Pernah terjadi kejadian operasi salah sisi dan salah pemberian obat. - Lebih <i>aware</i> dalam pemberian obat-obatan.
2	- Operasi belum banyak dan <i>Surgical Safety Checklist</i> wajib ada - Jangan sampai salah pasien
3	- Masih perlu pembiasaan
4	- Sudah cukup baik

c. Hambatan penerapan *Surgical Safety Checklist: Sign In*

Tanggapan dokter anestesi terkait hambatan dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* dapat dilihat pada tabel berikut.



Tabel 4.4

Matriks hasil wawancara mendalam dengan dokter spesialis anestesi tentang hambatan dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

Responden	Hambatan dalam penerapan SSC
1	- Belum menjadi kebutuhan
2	- SDM kurang - SSC kadang tidak di isi
3	- Tidak ada hambatan
4	- Kualitas SDM kurang

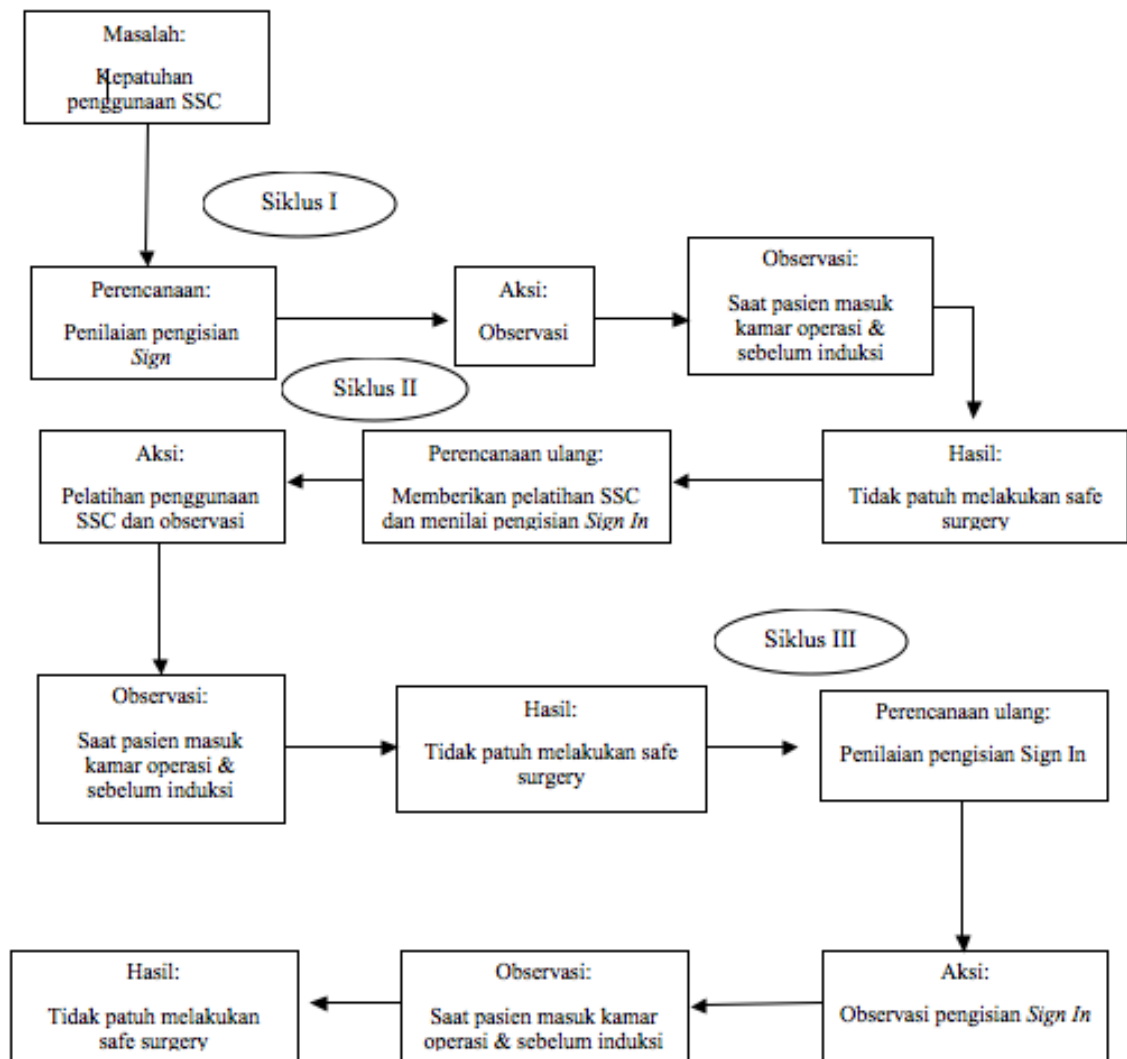
d. Saran untuk *Surgical Safety Checklist*

Saran dari dokter anestesi terkait *Surgical Safety Checklist* bisa dilihat pada tabel dibawah ini.

Table 4.5

Matriks hasil wawancara dengan dokter anestesi tentang saran untuk *Surgical Safety Checklist*

Responden	Saran untuk <i>Surgical Safety Checklist</i>
1	- Format sudah sesuai standar internasional - Harus ada mekanisme pengawasan - Koordinator <i>shift</i> mengingatkan untuk mengisi SSC - Mengisi SSC harus baik dan benar - Budaya <i>patient safety</i> masih minim
2	- Sebelum induksi harus tetap di <i>Sign In</i> - <i>Sign Out</i> penting untuk evaluasi dan selama ini belum dikerjakan
3	- Harus diingatkan lagi SSC itu penting dan harus dibiasakan - Dirumah sakit lain yang tanda tangan di SSC itu dokter bedah, anestesi dan perawat
4	- Dibuat mekanisme penilaian dan pengawasan yang tepat



**GAMBAR HASIL KESELURUHAN SIKLUS PENELITIAN**

Pembahasan

Kepatuhan Pengisian *Sign In*

**a. Siklus I**

Berdasarkan hasil observasi pengisian *Surgical Safety Checklist; Sign In* pada siklus I, didapatkan hasil pengisian *Sign In* oleh responden sebesar 40% untuk semua poin, dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa *Safe Surgery* di Instalasi Bedah Sentral di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ini masih tidak patuh.

Berdasarkan hasil observasi peneliti selama Siklus I ditemukan adanya operasi yang dilakukan oleh dokter operator dan anastesi tanpa terlebih dahulu mengkonfirmasi

identitas pasien, artinya operator datang di kamar operasi setelah pasien di lakukan pembiusan. Konfirmasi identitas pasien sebelum dilakukan pembiusan mengurangi resiko kesalahan operasi pada orang ataupun sisi yang dioperasi. Menurut Clarke *et al.* (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi kesalahan operasi salah sisi terletak pada tahapan *Sign In*, untuk itu tahapan ini harus konsisten dijalankan.

Dari hasil wawancara pada siklus ini didapatkan ketidak patuhan perawat anestesi dalam mengisi *Checklist Sign In* dikarenakan masih bingung cara menggunakan *Surgical Safety Checklist*. Berdasarkan hasil dari observasi dan wawancara tersebut maka peneliti menyarankan pihak rumah sakit perlu untuk membuat Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait penggunaan *Surgical Safety Checklist*, melakukan sosialisasi secara berkala dan melakukan *inhouse training* terkait *patient safety* dan penggunaan *Surgical Safety Checklist*. Menurut Carpenito (2000), pemahaman tentang instruksi mempengaruhi kepatuhan, tidak seorangpun mematuhi instruksi jika dia salah paham tentang instruksi yang diberikan kepadanya.

#### **b. Siklus II**

Berdasarkan hasil observasi pengisian *Surgical Safety Checklist* (SSC) yang telah peneliti lakukan, terjadi peningkatan dari siklus I jika dibandingkan dengan siklus II, pada poin 1-4 dan poin 6-8 sudah 100% di lakukan pada fase *Sign In*, sedangkan pada poin 9 masih 80% dan pada poin 10 masih 60%. Pada Siklus II ini masih menunjukkan bahwa ada poin pada *Surgical Safety Checklist* yang jarang dilakukan di kamar bedah Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Poin 5 berupa sisi pembedahan ditandai tidak pernah dilakukan, hal ini tidak dilakukan karena tidak ada Standar Prosedur Operasional (SPO) pemberian tanda pada sisi yang akan di operasi. Berdasarkan hasil observasi pada Siklus II ini dapat disimpulkan bahwa responden masih tidak patuh terhadap *safe surgery* di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Selama peneliti melakukan penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ini belum ada kasus salah sisi, salah pasien maupun salah prosedur. Petugas operasi selalu melakukan *cross check* terhadap rekam medis pasien dan anggota tim saling mengingatkan sehingga kejadian salah sisi, salah pasien dan salah prosedur tidak

terjadi. Hal-hal di atas penting dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam prosedur pembedahan (Verdaasdonk, 2009). *Checklist* verifikasi tindakan pembedahan digunakan untuk mencegah terjadinya operasi salah sisi, salah orang dan prosedur (Cahyono, 2008). *Joint Commision for Accreditation of Health Organizations* menemukan bahwa lebih dari 13% terjadi operasi salah sisi. Analisis yang dilakukan dari 126 kasus operasi mengungkapkan bahwa 76% dilakukan pada sisi yang salah, 13% salah pasien dan 11% salah prosedur. Salah sisi operasi sering terjadi pada operasi bedah Orthopaedi (Edition, n.d).

Saran pada siklus II ini diantaranya pihak rumah sakit perlu mendorong dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk berkomitmen mengedepankan *patient safety*. Mensosialisasikan penggunaan *Surgical Safety Checklist* dan juga peran dokter anestesi dan dokter bedah dalam pengisian checklist tersebut.

### c. Siklus III

Pada Siklus III ini didapatkan hasil penggunaan *Checklist Sign In* pada poin 1 sebesar 80%, poin 2-4 sebesar 100%, poin 5 sebesar 40%, dan poin 6-10 sebesar 100%. Berdasarkan data diatas masih terlihat bahwa responden masih tidak patuh terhadap *safe surgery* di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Berdasarkan data diatas pada Siklus III ini poin 1 masih dikerjakan sebesar 80%, dimana poin 1 ini adalah mengkonfirmasi identitas dan gelang pasien, pada poin ini seharusnya sudah rutin dilakukan karena merupakan poin pertama dalam *patient safety* di kamar operasi. Keselamatan pasien merupakan bagian yang penting dari mutu pelayanan yang berorientasi pada *continuous quality improvement*. Dalam definisi ini jelas bahwa keselamatan dilihat dalam perspektif pasien, hal ini menjelaskan betapa pentingnya kita peduli pada keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan harus berfokus pada pasien (Kohn, *et al.* 2000).

Saran pada siklus ini, rumah sakit perlu membuat sistem *reward* dan *punishment* terkait penggunaan *Surgical Safety Checklist*, rumah sakit juga perlu membuat sistem pengawasan dalam menggunakan *Surgical Safety Checklist* ini agar evaluasi bisa berjalan dengan baik.

Dokter anestesi sebelum melakukan induksi anestesi terlebih dahulu memeriksa peralatan anestesi, sistem pernapasan (oksigen dan inhalasi) dan penghisap. Pada poin ini sudah sering dilakukan dengan baik dan rutin. *Pulse* oksimetri berfungsi dengan baik pada semua pelaksanaan operasi dimana pemasangan oksimetri sudah menjadi standar pelayanan di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. WHO merekomendasikan *pulse* oksimetri sebagai komponen yang diperlukan dan aman dalam tindakan anestesi, dimana tujuan dari oksimetri adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan anestesi di seluruh dunia. Menurut Jubran (1999), tujuan utama pemakaian *pulse* oksimetri perioperatif untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas dimana sebelum operasi dapat mengidentifikasi dan mengurangi faktor resiko untuk anestesi dan pembedahan.

Riwayat alergi penderita sangat penting diketahui karena dapat mempengaruhi proses pembedahan (Schrock, Theodore. 1991). Alergi diketahui pada saat dokter bedah *visit* ke bangsal. Jika ada, maka akan di tulis di status pasien. Di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, penata dan dokter anestesi selalu menanyakan riwayat alergi di ruang operasi sebelum dilakukan induksi anestesi sehingga riwayat alergi diketahui di kamar operasi. Penata anestesi selalu menanyakan kepada pasien tentang riwayat alergi pasien sehingga tidak pernah ada permasalahan tentang alergi pasien. Hal ini sama halnya dengan poin adanya kesulitan jalan nafas. 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.

Terdapat 1 pasien memiliki resiko kehilangan darah dan sudah dilakukan pemasangan infus 2 jalur sebelum dilakukan insisi kulit. Hubungan antara pasien yang memiliki resiko kehilangan darah dengan terjadinya perdarahan sangat signifikan, sehingga dokter anestesi dan bedah harus memperhatikan pasien yang mempunyai resiko dan selalu melakukan persiapan kebutuhan darah sebelum operasi. Menurut Sjamsuhidayat, (2005) perdarahan merupakan penyulit pada pasien yang menjalani operasi. Pasien yang akan menjalani operasi harus ditentukan

terlebih dahulu apakah ada resiko perdarahan. Hal ini penting untuk mencegah timbulnya penyulit baik selama operasi maupun sesudah operasi.

Kehilangan darah merupakan salah satu bahaya yang paling umum dan penting bagi pasien (Surgery & Lives, 2008). Resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml mengakibatkan resiko syok hipovolemik meningkat, maka akan dilakukan pemasangan infus dua jalur. Resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml dapat turun dengan menggunakan *Surgical Safety Checklist* (SSC) (Weiser, et al. 2008).

#### 1. Pemahaman dan kesadaran pentingnya *Sign In*

*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*) (Haynes, et al. 2009).

Pada fase *Sign In* 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.

Dalam hal pemahaman tentunya hal tersebut tidak lepas dari tingkat pendidikan. Menurut Carpenito (2000), pendidikan dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri. Semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin tinggi tingkat keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan. Menurut Notoatmodjo (2003), salah satu faktor yang berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan adalah pendidikan, sehingga apabila sebagian besar pendidikan perawat sudah cukup tinggi maka tingkat pemahaman dalam kategori baik merupakan suatu kewajaran saja.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman dan kesadaran pentingnya *Sign In* masih kurang dan alasan terbanyak terkait hal tersebut adalah kurangnya sosialisasi dan SDM yang kurang. Sosialisasi yang kurang dapat dikaitkan dengan

masa kerja dari perawat. Dari 2 responden perawat anestesi semuanya bekerja <5 tahun. Hasil penelitian ini mungkin disebabkan oleh karena pada masa kerja yang lebih pendek petugas bisa saja belum mendapatkan sosialisasi terkait penggunaan *Surgical Safety Checklist* sehingga hal tersebut dapat berpengaruh terhadap pemahaman dan kepatuhan pengisian *Surgical Safety Checklist: Sign In*. Bisa juga meskipun petugas tersebut masa kerjanya lama namun pendidikannya rendah akan menyebabkan kinerjanya juga rendah. Selain itu mungkin sosialisasi tentang penggunaan *Surgical Safety Checklist* belum atau jarang dilakukan sehingga perawat anestesi baik dengan masa kerja yang pendek maupun yang telah lama tidak paham terhadap penggunaan *Checklist Sign In*.

Tidak patuhnya pengisian *Surgical Safety Checklist: Sign In* 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. Pada penelitian ini dilakukan analisis terhadap lima variable yang berkontribusi terhadap kepatuhan penggunaan *Surgical Safety Checklist*, yaitu usia, pendidikan, masa kerja, kompetensi, dan Standar Prosedur Operasional (SPO).

Berdasarkan data penelitian ini pada variable usia, perawat yang bekerja di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II rata-rata berusia <30 tahun. Secara teori, umur berkaitan dengan tingkat kedewasaan dan maturasi, dalam arti meningkatnya umur akan meningkat pula kedewasaan/kematangan secara teknis dan psikologis, serta semakin mampu melaksanakan tugasnya (Siagian, 2006). Penelitian ini sesuai dengan teori Robbins (2003) yang menyatakan bahwa usia dapat mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Menurut Suhartati (2002) bahwa terdapat kecenderungan semakin tua usia perawat semakin etis dalam melakukan asuhan keperawatan. Kenyataan ini akan membuatnya lebih berhati-hati dan memperhatikan secara seksama terhadap asuhan keperawatan yang ia lakukan.

Pada variabel pendidikan, hasil penelitian tidak menunjukkan hal yang serupa dengan kepatuhan *safe surgery*. Menurut Dewan Pimpinan Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP-PPNI, 1999), yang dimaksud dengan perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikannya pada pendidikan formal keperawatan minimal lulusan D3 Keperawatan. Latar belakang pendidikan akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam pekerjaannya (Likert dalam Gibson, 1996). Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya (Siagian, 2006). Penelitian Anugrarini (2010) mengungkapkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien. Hal tersebut tidak terbukti pada penelitian ini. Hal ini bisa disebabkan karena pendidikan perawat anestesi semua lulusan D3. 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.

Menurut Alfredsdottir, *et al.* (2008) pengalaman kerja menjadi salah satu faktor kunci dalam keselamatan pasien di rumah sakit. Demikian pula pada penelitian yang dilakukan Nurwidia (2012), 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. Dari hasil observasi yang dilakukan, ditemukan bahwa ketidakpatuhan pengisian *Surgical Safety Checklist* selama ini banyak dilakukan oleh perawat yang masih muda dengan pengalaman kerja yang masih terbilang baru.

Variabel yang lain adalah kompetensi atau kualitas dari SDM itu sendiri, dari hasil wawancara terkait kepatuhan pengisian *Surgical Safety Checklist* adalah ketidaktahuan dan juga SDM yang kurang dari segi kualitas. Kompetensi yang dimaksud pada penelitian ini adalah tingkat kemampuan perawat dengan tingkat pendidikan tertentu setelah melalui pengalaman kerja dan pelatihan. Namun tingkat



pendidikan saja tidak cukup menjamin untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien dan meningkatkan kepatuhan pengisian *Surgical Safety Checklist*, sehingga tetap perlu dilakukan pelatihan-pelatihan keterampilan yang terkait dengan pelaksanaan penggunaan *Surgical Safety Checklist* dan *Patient Safety*. Pelatihan dinyatakan sebagai bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relative singkat. Keterampilan yang dimaksud dalam hal ini adalah keterampilan dalam berbagai bentuk antara lain *physical skill*, *intellectual skill*, *social skill* dan *managerial skill* (Rivai dan Sagala, 2009). Dalam wawancara pada penelitian ini kegiatan untuk pelatihan tentang penggunaan *Surgical Safety Checklist* belum pernah diadakan sebelumnya, hal ini yang menjadikan kualitas SDM yang ada menjadi kurang baik sehingga tidak patuh terhadap *Safe Surgery*.

*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.

Berdasarkan hasil penelitian diatas, diketahui bahwa responden tidak patuh terhadap *Safe Surgery*, hal ini bisa dilihat dari pengisian *Surgical Safety Checklist*; *Sign In* yang belum terlaksana dengan sempurna. Sosialisasi dan pelatihan terhadap penggunaan *Surgical Safety Checklist* sudah dilakukan dan harus lebih sering dan juga dukungan serta komitmen dari manajemen seperti sistem pengawasan penggunaan *Surgical Safety Checklist* sehingga kepatuhan dapat ditingkatkan.

Rumah sakit sebaiknya mengembangkan dan memperbaiki sistem yang ada termasuk di dalamnya peningkatan peran dan partisipasi dari penentu kebijakan dan pelaksana lapangan. Seperti halnya dalam pengisian *Checklist Sign In* ini harus diperjelas siapa yang melakukannya, kapan mulai dilakukan dan hal-hal apa saja yang harus diperhatikan. Sehingga dalam hal ini diharapkan penggunaan *Surgical Safety*

*Checklist* bisa berjalan dengan baik dan kepatuhan akan *Safe Surgery* di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II meningkat. Rumah sakit juga perlu membuat standar prosedur operasional (SPO) dan sebuah program terkait pengawasan penggunaan *Surgical Safety Checklist* sehingga proses evaluasi kepatuhan pengisian *Surgical Safety Checklist* dapat berjalan sesuai yang diinginkan sehingga bisa mencegah kejadian tidak diharapkan (KTD) maupun kejadian nyaris cidera (KNC) yang mungkin bisa terjadi di rumah sakit.

### **Kesimpulan dan saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat dilihat pada siklus I pengisian *Sign In* sebesar 40% (tidak patuh), siklus II pengisian *Sign In* poin 1-4 dan 6-8 (100%) poin 9 (80%) poin 10 (60%) dan poin (40%) (tidak patuh) dan pada siklus III kesimpulan, pengisian *Surgical Safety Checklist: Sign In* di Instalasi bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II tidak patuh. Seperti yang sudah dijelaskan pada bagian pembahasan, masih didapatkan: Penggunaan SSC yang belum sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan oleh WHO. Pemasangan gelang identitas pada pasien *emergency* masih sering belum dilakukan. Banyak operasi yang dilakukan tanpa pemberian tanda lokasi operasi oleh dokter operator.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- AHRQ (2003), Publication No. 07-E005. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality Maret: 151. [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- Anugrahini, C. (2010). *Hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman patient safety di RSAB Harapan Kita Jakarta*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Arbianti, K. (2012) Tinjauan Penerapan Nine Life Saving Patient Safety Solutions (Studi Kasus di RS PKU Muhammadiyah Bantul). Tesis. Program Studi Manajemen Rumah Sakit. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Battles JB, Lilford RJ. 2003. Organizing Patient Safety Researcher to Identify Risk and Hazards, *Qual Saf Health Care* 12 (Suppl II): ii1 – ii7.
- Cahyono, suharjo. (2008). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran* (pp. 1-396). Yogyakarta: Kanisius.
- Carpenito L.J, 2000, *Diagnosa Keperawatan: Aplikasi pada praktik klinis*, 6<sup>th</sup> edn, EGC, Jakarta.
- Cialdini R, Martin, 2004, *The Science of Compliance*, Arizona State University, United States of America.
- Clarke, J.R., Jhonston, J., Finley, E.D. (2007) Getting Surgery Right. *Annals of Surgery*, 264(3) September, pp. 395-405.
- Depkes RI. 2006. *Buku Panduan Keselamatan Pasien*. Jakarta: Puslitbang Depkes.

- Depkes RI. 2009. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Jakarta: Depkes RI.
- Edition, F. (n.d). World Alliance for Patient Safety WHO Guidelines for Safe Surgery, *Information Systems*.
- Galandiuk, S., Polk, H.C., Jagelman, D.G., Fazio, V.W. (1989) Re-emphasis of priorities in surgical antibiotic prophylaxis. *Surg Gynecol Obstet*, 169, pp. 219-22.
- Gawande, A.A., Thomas, E.J., Zinner, M.J., Brennan, T.A. (1999) The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 126(1) July, pp. 66-75.
- Gyssens, I.C. (1999) Preventing postoperative infections: current treatment recommendations. *Drugs*, 57, pp. 175-85.
- Hasri, E. T. (2012). *Praktik Keselamatan Pasien Bedah di RSUD Sumbawa*. Tesis. Gadjah Mada University.
- 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.
- Helmreich, R.L. (2000) On error management: lesson from aviation. *BMJ*, 320(7237) March 18, pp. 781-5.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia Pusat Bahasa Edisi Keempat, 2008, PT Gramedia Pustaka, Jakarta.
- KKP-RS. (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien*. Jakarta: KKP-RS.
- Kohn, Linda T., Corringan, Janet M and Donalson, molla S., 2000. To Err is Human, Building a Safer Health System. National Academy Press. Washington D.C.
- Latosinsky, S., Thirlby, R., Urbach, D. (2010) Use of a Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality. *Canadian Journal of Surgery*, 53(1) February, pp. 64-66.
- Lingard, L., Regehr, G., Orser, B., Reznick, R., Baker, G.R., Doran, D., Espin, S., Bohnen, J., Whyte, S. (2008) Evaluation pre operative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologist to reduce failures in communication. *Arch Surg*, 143(1), pp. 12-17.
- Manojlovich, M. (2007). Healthy work environment, nurse-physician communication, and patient's outcomes. *American Journal of Critical Care* vol. 16, pp. 536-43.
- Merina. (2011). *Penggunaan Surgical Safety Checklist WHO pada Prosedur Penatalaksanaan Pembedahan di Kamar Operasi BLUD RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh*. Tesis. Gadjah Mada University.
- Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 371-378.
- Minnesota Department of Health. Adverse health events in Minnesota. Fifth annual public report, 2009.
- National Patient Safety Agency. National reporting and learning system: Putting patient safety first, 2008.
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Pinzon. (2003). *Perkembangan Proses Verifikasi Pra Operasi Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien (Patient Safety) di Rumah Sakit*.
- Putri, Y. (2010) *Budaya Patient Safety di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul*. Tesis. Program Studi Manajemen Rumah Sakit. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Reason, J. (1995). Safety in the operating theatre. Part 2: Human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care* 2005;14:56-61.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-70.

- Reason, J., Carthey, J., & DeLeval, M. (2001). Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001;10(Suppl II):ii21-ii25.
- Runciman, W.B, Baker, G.S., Michel, P., Dovey, S., Lilford, R.J., Jensen, N., et al. (2010). Tracing the foundation of a conceptual framework for a patient safety ontology. *Qual Saf Health Care* 2010;19.
- Siagian, E. (2011) Pelaksanaan Surgical Patient Safety Terhadap Adverse Events Pascaoperasi Bedah Digestif di Instalasi Bedah RSUP DR. Sardjito Yogyakarta. Tesis. Universitas Gajah Mada.
- Siagian, S.P. (2006). Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Sjamsuhidayat, R., De Jong, W. (2005c), Penyulit Pascabedah, *Buku Ajar Ilmu Bedah*, EGC, Jakarta, edisi 2 hal. 293-303.
- Surgery, S., & Lives, S. (2008). Implementation Manual Surgical Safety Checklist (First Edition) (pp. 1-28).
- V. Karyadinata., Zoya Georgieva. 2009. Patient Safety in Surgery: The Quality of Implementation of Patient Safety Checklist in a Regional Hospital. Whitthinton Hospital London. UK
- Verdaasdonk, E.G.G., Stassen, L.P.S., Widhiasmara, P.P., Dankelman, J. (2009) Requirements for The Design and Implementation of Checklist for Surgical Processes. *Surgical Endoscopy*, 23(4), pp. 715-26.
- Vries, E.N., Hollmann, M.W., Smorenburg, S.M., Gouma, D.J., Boormeester, M.A. (2009) Depelovement and Validation of the SURgical Patient Safety System (SURPASS) checklist, *Qual Saf Health Care*, 18, pp. 121-6.
- Schrock, Theodore. (1991). Ilmu Bedah Edisi 7. Jakarta: EGC.
- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. 2005, *Fundamental of Nursing*, Liipincot William & Wilkin, Philadelphia.
- Weiser, T.G., Regenbogen, S.E., Thompson, K.D., Haynes, A.B., Lipsitz, S.R., Berry, W.R., et al. (2008) An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 372(9633), pp. 139-44.
- Williams, R.G., Silverman, R., Schwind, C., Fortune, J.B., Sutyak, J., Horvath, K.D., Van Eaton, E.G., Azzie, G., Potts, J.R., Boehler, M., Dunnington, G.L. (2007) Surgeon Information Transfer and Communication. *Ann Surg*, 245(2) February, pp. 159-69.
- WHO, 2009. Forward Programme 2008-2009.
- World Helath Organization (2009) Guidelines for Safe Surgery. *Safe Surgery Saves Lives*, WHO, Geneva.
- World Aliance for (2005) Global Patient Safety Challenge 2005-2006. Geneva: WHO