

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Mengenai *Patient Safety*

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah prinsip fundamental pada pelayanan kesehatan. Setiap titik dalam proses pelayanan memiliki tingkatan ketidakamanan tertentu. Efek samping (*adverse effect*) dapat terjadi akibat masalah dalam praktek, produk, prosedur atau sistem. Perbaikan keselamatan pasien menuntut upaya kompleks seluruh sistem melibatkan berbagai tindakan dalam peningkatan kinerja, keamanan lingkungan dan manajemen risiko, termasuk pengendalian infeksi, keamanan penggunaan obat-obatan, keamanan penggunaan peralatan, praktek klinis yang aman dan lingkungan perawatan yang aman. (WHO, 2008).

Patient Safety terdiri dari 3 komponen, yaitu prinsip-prinsip dasar, pengetahuan, dan peralatan. Prinsip-prinsip tersebut adalah kecenderungan untuk terjadinya ketidakberesan adalah alami dan normal, bukan menjadi kesempatan untuk menemukan seseorang untuk dipersalahkan; keselamatan dapat ditingkatkan dengan menganalisis kesalahan dari kejadian penting, daripada berpura-pura tidak terjadi; dan manusia, mesin dan peralatan adalah bagian dari

sistem, bagian-bagian komponen tersebut berinteraksi untuk membuat sistem aman atau tidak aman. Pengetahuan sebagian besar mencontoh bidang-bidang berteknologi tinggi seperti transportasi massal dan instalasi tenaga nuklir, dan termasuk pemahaman tentang bagaimana kecelakaan terjadi dan bagaimana mencegahnya. Peralatan termasuk pelaporan kasus kritis, *checklist*, desain sistem yang aman, protokol komunikasi dan analisis sistematis risiko (Mellin-Olsen dkk, 2010).

Patient safety merupakan salah satu bagian dari mutu pelayanan rumah sakit oleh *World Health Organization* (WHO) diperkirakan terdapat setengah juta mortalitas yang diakibatkan pelayanan pembedahan dimana seharusnya hal ini dapat dicegah. Program *Safe Surgery Saves Lives* digaungkan ke seluruh dunia sebagai salah satu cara meningkatkan keselamatan pasien khususnya di ruang operasi dan mengurangi mortalitas akibat pelayanan pembedahan. Dimana akhirnya tujuan khusus dari *surgical safety checklist* adalah menurunkan terjadinya kejadian yang tidak diharapkan di ruang operasi. (Siagian, 2011)

Di Indonesia khususnya sudah ada beberapa upaya perubahan kebijakan dan peningkatan mutu dalam pelayanan kesehatan yang nantinya diharapkan akan meningkatkan pelayanan keselamatan pasien, diantaranya Undang-Undang Kesehatan No.36 Tahun 2009

Tentang Kesehatan, dimana terdapat kebijakan pelayanan kesehatan masih secara umum. Undang-undang lainnya yaitu UU No. 44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit, didalamnya pada pasal 2 diatur mengenai keselamatan pasien dan ditekankan pada nilai kemanusiaan, nilai etika, profesionalisme, adanya manfaat, keadilan, persamaan hak, anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, keselamatan dan fungsi sosial.

Pasal 13 dan pasal 34 dikatakan bahwa setiap tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan di rumah sakit harus melakukan pekerjaannya sesuai dengan standar yang ada yaitu profesi, mengikuti etika profesi, mematuhi standar pelayanan rumah sakit, mematuhi standar prosedur operasional, dan harus menghormati hak-hak pasien dan menjunjung *patient safety*. Pasal 43 khusus memberikan penjelasan tentang peranan rumah sakit dalam keselamatan pasien.

Bentuk pengawasan langsung pada tenaga medis tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis Rumah Sakit, yang tujuannya untuk tercapainya pelayanan medis yang sesuai di rumah sakit dimana tidak terjadi kesalahan medis sehingga keselamatan bagi pasien tercapai. Selain itu UU No.11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial, dimana menunjukkan secara umum pentingnya menjaga keselamatan

umat manusia. Tujuan penyelenggaraan kesejahteraan sosial adalah untuk meningkatkan taraf kesejahteraan manusia, kualitas hidup, dan akhirnya kelangsungan hidup manusia dan juga memulihkan fungsi sosial yang ada sehingga tercapai kemandirian. Rehabilitasi secara sosial merupakan salah satu upaya manusia untuk memulihkan kemampuanseseorang dan mengembangkan fungsi manusia seperti sebelum mengalami disfungsi sosial akibat sesuatu yang akhirnya dapat melaksanakan fungsi sosial bermasyarakat.

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) telah melakukan upaya-upaya kebijakan lain yang tidak tertuang di undang-undang yang khusus mengatur mengenai keselamatan pasien yang kemudian membuat Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), komite yang nantinya berfungsi membuat Panduan yaitu Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien bagi pelayanan di rumah sakit yang akan diimplementasikan nantinya. Hal lainnya, Pemerintah Indonesia membentuk komisi rumah sakit yang dinamai KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) dibawah Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang nantinya akan menyusun Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang kemudian menjadi salah satu Standar Akreditasi Rumah Sakit untuk pelayanan di seluruh Indonesia. Dengan banyaknya kebijakan dan aturan yang dikeluarkan

harusnya mendorong rumah sakit berbenah diri dan meningkatkan pelayanan keselamatan pasien. Walaupun dari pihak pasien, peraturan keselamatan pasien tidak wajib diketahui mereka karena fokus prioritas pasien adalah pelayanan yang akan memberikan kesembuhan. Sosialisasi peraturan di rumah sakit penting dilakukan oleh rumah sakit kepada seluruh tenaga profesional dan staf rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan dengan konsep *patient safety*. (Apsari, Nulhaqim & Pancasilawan, 2010).

Program sasaran keselamatan pasien yang dibuat oleh tim akreditasi wajib dikomunikasikan dan diinformasikan ke seluruh staf rumah sakit diantaranya, ketepatan dalam identifikasi pasien, komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi pada pelayanan kesehatan dan risiko pasien jatuh. (KARS, 2011) (JCI, 2010).

Program sasaran tersebut diantaranya termasuk pelayanan pembedahan dimana kemungkinan *medical error* yang terjadi di ruang operasi yaitu salah lokasi operasi, salah pasien, salah prosedur, oleh karena komunikasi tidak adekuat dan tidak jelas antar anggota tim operasi. Selain itu beberapa masih kurang/tidak melibatkan pasien yang akan dioperasi untuk membantu dalam penandaan bagian yang

akan dioperasi dan tidak ada alat atau cara untuk mengkonfirmasi ulang lokasi operasi, penilaian pasien kurang lengkap, verifikasi ulang catatan medis sebelum prosedur dilakukan tidak maksimal oleh tim operasi. (Sumadi, 2013).

2. Konsep Mengenai *Safe Surgery*

Komunikasi yang tidak adekuat dan efektif merupakan faktor utama dalam terjadinya kesalahan, serta beberapa kesalahan lainnya yang termasuk pra dan selama perawatan paska operasi. Kegagalan dalam hal komunikasi dengan pasien, keluarga pasien, dokter lain dalam mengumpulkan informasi mengenai sakit pasien dan prosedur pembedahan yang akan dilakukan serta kegagalan dalam menyampaikan informasi mengenai status pasien dapat membahayakan dan bahkan dapat berakibat kematian pasien. Dan hal ini terjadi karena tidak adanya proses pra bedah yang distandarisasi. Jika diterapkan standar selama pelayanan prosedur pembedahan, kegagalan dan permasalahan selama tindakan operasi dapat dikurangi dan keselamatan pasien dapat ditingkatkan. (Imanto, Jati & Mawarni, 2014).

WHO selalu berupaya dalam meningkatkan pelayanan standar pembedahan untuk mengurangi kesalahan. Berdasarkan rumusan aliansi untuk keselamatan dunia WHO mengklasifikasi terdapat tiga

bagian pembedahan yaitu sebelum induksi anestesi ("*sign in*"), sebelum insisi ("*time out*"), dan sebelum pasien pindah dari ruang operasi ("*sign out*"). Tiga bagian ini yang nantinya akan dibuat *checklist* dan akhirnya akan diberi nama *surgical safety checklist*. (Gambar 2.1)

World Health Organization			SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)		
Before induction of anaesthesia		Before skin incision		Before patient leaves operating room	
SIGN IN		TIME OUT		SIGN OUT	
<input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT		<input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE		NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:	
<input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM • PATIENT • SITE • PROCEDURE		<input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED	
<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED		ANTICIPATED CRITICAL EVENTS		<input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)	
<input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING		<input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?		<input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)	
DOES PATIENT HAVE A:		<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?		<input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED	
KNOWN ALLERGY?		<input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?			
DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE		IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?			
RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED					

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

Gambar 2. 1 WHO Surgical Safety Checklist (WHO, 2008)

a. Sign in (Briefing Phase)

Sign In, merupakan fase dimana verifikasi pertama kali sesaat pasien tiba di ruang penerimaan atau ruang persiapan atau fase sebelum induksi anestesi, koordinator yang biasanya dilakukan oleh penata anestesi dimana bertanya dan memeriksa apakah identitas pasien benar, prosedur dan bagian yang akan

dioperasi sudah benar, dan telah diberi tanda, persetujuan operasi dan pembiusan telah ditandatangani oleh pasien, *pulse* oksimetri dapat berfungsi. Perawat beserta dokter anestesi konfirmasi ulang kemungkinan adanya risiko apakah pasien ada risiko kehilangan darah dalam jumlah banyak, ada kemungkinan kesulitan bernafas, dan pasien ada reaksi alergi.

b. *Time out (Time out Phase)*

Time Out merupakan fase dimana setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan memberitahu perannya masing-masing. Operator harus memastikan bahwa semua orang di ruang operasi harus kenal satu sama lain. Sebelum melakukan insisi pertama kali pada kulit operator konfirmasi ulang dengan suara yang keras bahwa mereka melakukan prosedur operasi yang sesuai pada pasien yang tepat, dan insisi di tempat yang tepat. Tidak lupa konfirmasi ulang bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 30-60 menit sebelum insisi.

c. *Sign out (Debriefing Phase)*

Sign Out merupakan bagian dimana seluruh tim (bedah dan anestesi) akan menilai akhir operasi yang sudah selesai dilakukan. Pengecekan kelengkapan paska operasi seperti, kassa dan penghitungan alat-alat bedah, pemberian label pada specimen

jaringan yang diambil, adanya kerusakan alat selama operasi dan masalah lain yang belum dan telah ditangani. Periode final dimana tim bedah dan anestesi merencanakan manajemen setelah operasi dan fokus perhatian pada manajemen pemulihan pasien dan disebutkan rencananya oleh operator dan dokter anestesi belum memindahkan pasien dari kamar operasi. (WHO, 2008)

Ketiga bagian tersebut yang akhirnya dikenal luas dengan nama "*Surgical safety checklist*". SSC sebagai alat untuk mendukung program *Safe Surgery Save Lives* yang dimulai pada tahun 2005. Definisi *surgical safety checklist* adalah proses pengisian oleh anggota tim dan berasal dari hasil pengkajian terlebih dahulu yang dikerjakan oleh tim bedah dan tim anestesi sebelum pasien masuk ke ruang operasi, sebelum dimulai insisi dan setelah operasi ditulis pada *form* khusus "*surgical safety checklist*" (Imanto, Jati & Mawarni, 2014).

Surgical Safety Checklist adalah sebuah daftar ada/tidak atau sudah/belum yang memuat pertanyaan sehingga menjadikan pelayanan bedah yang aman dan berkualitas sehingga menjamin keselamatan pasien. *Surgical safety checklist* juga merupakan sebuah alat *checklist* yang terdiri dari 19 *item* untuk komunikasi terpadu untuk meningkatkan keselamatan pasien yang dikerjakan

oleh tim bedah dan anestesi di ruang operasi. Tim bedah dan anestesi terdiri dari perawat anestesi, perawat bedah, dokter bedah, dokter anestesi. Tim harus secara terus-menerus melakukan setiap *item* yang tertera di *checklist* pada setiap operasi yang akan dilakukan pada waktu pra pembedahan dan paska pembedahan yang dibagi dalam 3 bagian besar yaitu *the briefing phase, the time out phase, the debriefing phase* sehingga tercapai risiko yang minimal dan tidak ada kejadian yang tidak diinginkan. (Wangoo, 2016).

3. Pengertian Persepsi dan Perilaku

a. Persepsi

Persepsi merupakan suatu proses tersampainya informasi dari media/lingkungan sekitar ke panca indera manusia kemudian akan dibentuk suatu penafsiran dalam pikirannya dan mengolah menjadi sesuatu pemikiran individu terhadap sesuatu yang terjadi dilingkungan tersebut. Atau dapat disingkat persepsi adalah perubahan rangsangan pertama menjadi sebuah tindakan, sebagai sensasi yang mengandung makna dan artian tertentu. Proses persepsi diantaranya menerima, menyeleksi, organisasi, interpretasi, cek kembali dan reaksi terhadap rangsangan/stimulus sensorik atau data dari lingkungan. Rangsangan/stimulus dari luar

berupak objek atau orang dipertimbangkan sebagai *input* persepsi. Mekanisme persepsi termasuk seleksi, organisasi dan interpretasi sebagai mekanisme proses persepsi dan sebagai hasil yang muncul berupa opini, perasaan, nilai dan sikap yang akan mempengaruhi keputusan dan perilaku dan dinamakan persepsi *output*. (Dhingra, 2011)

b. Perilaku

Suatu perilaku dimana terbentuk ada respon atau reaksi terhadap rangsangan dari luar individu kita sebut kepatuhan. Dalam hal ini respon muncul sangat tergantung dari karakter atau faktor-faktor yang mempengaruhinya. Notoatmojo, 2010, menyimpulkan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor antara lain faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat. Dan dijelaskan dibawah ini:

1) Faktor predisposisi (*Predisposing factors*)

Faktor yang berasal dari individu dan mempengaruhi perilaku yang menjadi dasar atau motivasi disebut faktor predisposisi. Dalam arti umum juga dapat dimaksud sebagai dasar pribadi yang dibawa oleh seseorang atau kelompok kedalam suatu pengalaman lain. Dasar yang melekat dari individu mungkin dapat mendukung atau bahkan sebagai

hambatan perilaku lain. Faktor predisposisi termasuk didalamnya nilai sikap, persepsi, dan keyakinan sehingga nantinya akan berkorelasi dengan kemungkinan munculnya motivasi individu atau kelompok untuk melakukan suatu upaya tindakan. Adapun hal lain umur, pengetahuan, tingkat pendidikan, status sosial-ekonomi dan jenis kelamin juga termasuk faktor predisposisi.

2) Faktor Pemungkin (*Enabling factors*)

Faktor ini merupakan faktor yang dapat terlaksananya tindakan. Adapun faktor yang masuk didalamnya adalah kemampuan individu dan sumber daya untuk melakukan suatu perilaku. Contohnya, pelayanan kesehatan (biaya pengobatan, jarak tempuh, cukupnya transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas).

3) Faktor Penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor yang muncul setelah terjadi tindakan dan mendapatkan hasil atau ganjaran atas tindakan tersebut. Faktor ini juga berperan dalam hal penetapan atau hilangnya perilaku seseorang. Manfaat sosial dan manfaat fisik terbukti sebagai faktor penguat dimana hasilnya ada atau tidak akan diterima dari orang lain. Asalnya bisa dari jasa pelayanan kesehatan,

keluarga, teman, atau bahkan pimpinan. Faktor penguat bisa menjadi bertolak belakang menjadi positif atau bahkan negatif tergantung pada sikap dan perilaku orang lain.

4. Media Video

Media video dapat digunakan sebagai media untuk pembelajaran dan dapat diklasifikasikan kedalam media ajar jenis *Audio Visual Aids* (AVA) atau sebuah media untuk dilihat dan didengar bersamaan. Media audio visual gerak yakni media yang mempunyai suara, terdapat gerakan dan bentuk obyeknya dapat dilihat, dan merupakan media yang paling lengkap. Informasi yang disajikan melalui media ini berbentuk seperti dokumen yang hidup, dapat dilihat di monitor atau alat yang dapat memproyeksikan ke layar lebar melalui proyektor dan dapat didengar suaranya dan dapat dilihat gerakannya (video atau animasi).

Cheppy Riyana (2007) menyatakan bahwa media video yang digunakan untuk pendidikan adalah media yang mempresentasikan suatu audio dan visual yang berisi pesan pendidikan yang baik dan berisi konsep, prinsip, prosedur, serta teori aplikasi dalam pengetahuan sehingga membantu memahami terhadap suatu isiyang ingin disampaikan. Dan video merupakan bahan yang tampak dandapat didengar (audiovisual) dan akhirnya digunakan untuk

menyampaikan pesan-pesan/materi untuk pendidikan. Media video disebut “tampak dengar” karena unsur dengar/audio dan unsurvisual/tampak disampaikan secara bersamaan.

Karakteristik sebuah media ajar video menurut Cheppy Riyana adalah video ajar yang menghasilkantuan untuk meningkatkan motivasi penggunaanya dan berefek pada yang melihat. Pengembangan video ajar harus memperhatikan prinsip kriteria dan karakteristik yang ada. Ciri khas video ajardijelaskan dibawah ini:

a. *Clarity of Massage* (kejelasan pesan)

Media ajar video membuat *audience* dapat mengerti pesan yang ingin disampaikan secara lebih informatif, bermakna dan diterima secara utuh. Informasi yang dihasilkan akan dengan sendirinya tersimpan dalam memori jangka panjang dan sifatnya menetap.

b. *Stand Alone* (berdiri sendiri).

Media video yang berkembang dapat digunakan bersama-sama dengan bahan-bahan lain atau tidak harus digunakan sendiri atau bahkan tidak bergantung dengan bahan lain.

c. *User Friendly* (mudah digunakan)

Media ajar video yang digunakan biasanya mudah dipahami karena menggunakan bahasa sederhana, mudah dimengerti, dan

menggunakan bahasa yang umum. Informasi yang ditampilkan bersifat membantu dan mudah dilihat oleh pemakainya, sehingga memudahkan *audience* dalam merespon, mengakses seluruh informasi yang diberikan.

d. Mewakili isi yang ingin disampaikan

Materi benar-benar mewakili materi yang akan disampaikan, misalnya materi pembelajaran simulasi dan demonstrasi suatu tindakan. Pada dasarnya semua materi pelajaran baik sains, sosial dan lainnya dapat dipresentasikan menjadi media video.

e. Visualisasi

Materi dibuat secara multimedia yang didalamnya terdapat tulisan, animasi, suara, dan video sesuai materi yang ingin disampaikan. Materi-materi yang digunakan bersifat aplikatif, menjelaskan proses, dan memiliki tingkat akurasi yang tinggi.

f. Kualitas Resolusi

Media video dengan tampilan grafis yang dibuat dengan teknologi digital dengan resolusi yang tinggi dan dapat ditempatkan pada semua spek berbagai komputer.

g. Digunakan secara klasik atau individual

Video ajar dapat dilihat oleh *audience* secara individual atau berkelompok dan tidak hanya di sekolah saja, tetapi dapat juga

dilihat dirumah. Dan secara sederhana digunakan dengan jumlah *audience* maksimal sekitar 50 orang dandi moderator oleh seseorang *supervisor* atau bisa hanya mendengarkan narasi dari narator.

Menurut Daryanto (2010) terdapat beberapa kelebihan menggunakan media video dimana ukuran video sangat mudah diatur dan dapat menyesuaikan keinginan pembuat dan video juga merupakan bahan ajar non cetak yang kaya akan informasi dan lugas karena dapat sampai ke *audience* tanpa perantara, dan media video juga menambah suatu fenomena baru terhadap proses ajar.

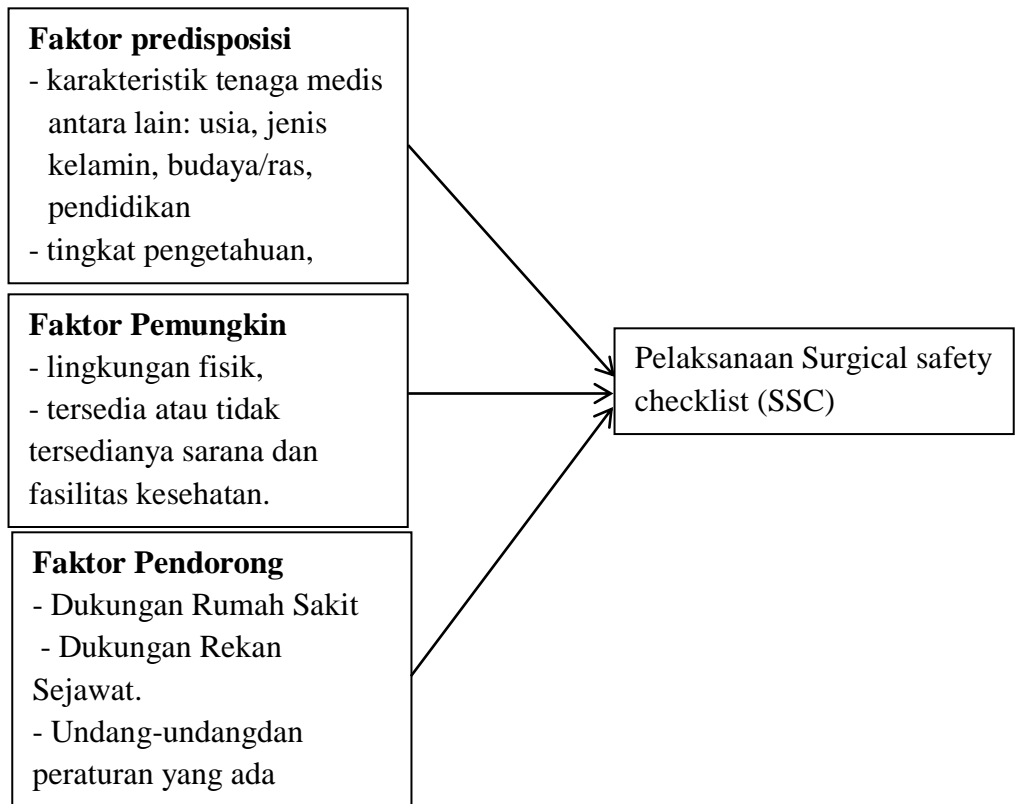
B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

No	Nama/Tahun/Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Sukasih/2012/Analisis Faktor-Faktor Yang Berkontribusi Terhadap <i>Patient Safety</i> Di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Bintaro	Penelitian ini dengan metode deskriptif, tujuannya untuk mengetahui hubungan antara Sign In, Time Out dan Sign Out terhadap <i>patient safety</i> . Pengambilan sampel menggunakan total sampling dan sampel pasien adalah pasien yang akan dilakukan operasi berjumlah 70 responden. Instrument yang digunakan dengan lembar <i>Surgical Safety Checklist</i> . Analisa data menggunakan uji Chi-Square.	Terdapat hubungan yang bermakna antara <i>Time Out</i> dengan keselamatan pasien (Pvalue = 0.002). Sedangkan <i>Sign In</i> atau <i>Sign Out</i> menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna. Tetapi prosedur ini tetap dilaksanakan karena merupakan termasuk bagian yang sangat penting untuk upaya keselamatan pasien
2	Siagian/2011/Pelaksanaan <i>surgical patient safety</i> terhadap <i>adverse events</i> paska operasi bedah digestif di instalasi bedah RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta	Jenis penelitian ini merupakan penelitian observasional prospektif. Subyek penelitian adalah semua pasien yang menjalani operasi bedah digestif pada periode bulan Desember 2010 di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Instrumen yang digunakan checklist dan di observasi pelaksanaan <i>surgical patient safety</i> dan penilaian <i>adverse events</i> paskaoperasi setelah 30 hari. Data dianalisis dengan pendekatan univariabel dan bivariabel.	Pelaksanaan <i>Surgical Patient Safety</i> belum secara terus-menerus dikerjakan dan pelaksanaan <i>Surgical Patient Safety</i> berhubungan dengan terjadinya <i>Adverse Events</i> paskaoperasi Bedah Digestif di Instalasi Bedah Sentral RSUP DR. Sardjito.

3	JulianaSandrawati/2013/ <i>Recommendations to Improve the Implementation Compliance of Surgical Safety Checklist in Surgery Room</i>	Penelitian ini dilakukan dengan metode <i>cross sectional</i> dan deskriptif obsevasional dan dilakukan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan peranan SSC. Sampel penelitian semua perawat kamar bedah, dokter bedah dan dokter anestesi total berjumlah 59 orang. Data diambil dengan menggunakan kuesioner, rekam medis kamar bedah dan form SSC.	Faktor yang mempengaruhi kepatuhan peranan SSC diantaranya belum adanya kebijakan sasaran keselamatan pasien dan peranan SSC, kurang sosialisasi SPO untuk dokter dan perawat, kurangnya pengetahuan tentang SSC, kurang kesadaran pentingnya SSC, jumlah perawat kamar bedah kurang, dan merasa pengisian SSC sebagai beban kerja tambahan.
4	Sendlhofer et al (2015)	Penelitian yang menggunakan upaya peningkatan kemampuan serta kepatuhan SSC menggunakan pelatihan yang berulang serta monitoring secara berkala. Salah satu metode yang digunakan untuk memperkenalkan SSC adalah pemutaran sebuah rekaman video.	Hasil penelitian menunjukkan adanya bahwa kepatuhan pada kelompok eksperimen gelombang 1 sebesar 77,1% terhadap penggunaan SSC, namun hanya 36,3% saja yang terisi dengan lengkap.
5	Papaconstantinou (2013) <i>Implementation of a Surgical Safety Checklist: Impact on Surgical Team Perspectives</i>	melakukan penelitian implementasi <i>Surgical safety checklist</i> (SSC) di Rumah Sakit Scott & White Memorial	Salah satu metode yang digunakan untuk memperkenalkan SSC adalah pemutaran video mengenai prosedur SSC dalam pelatihan yang diadakan.

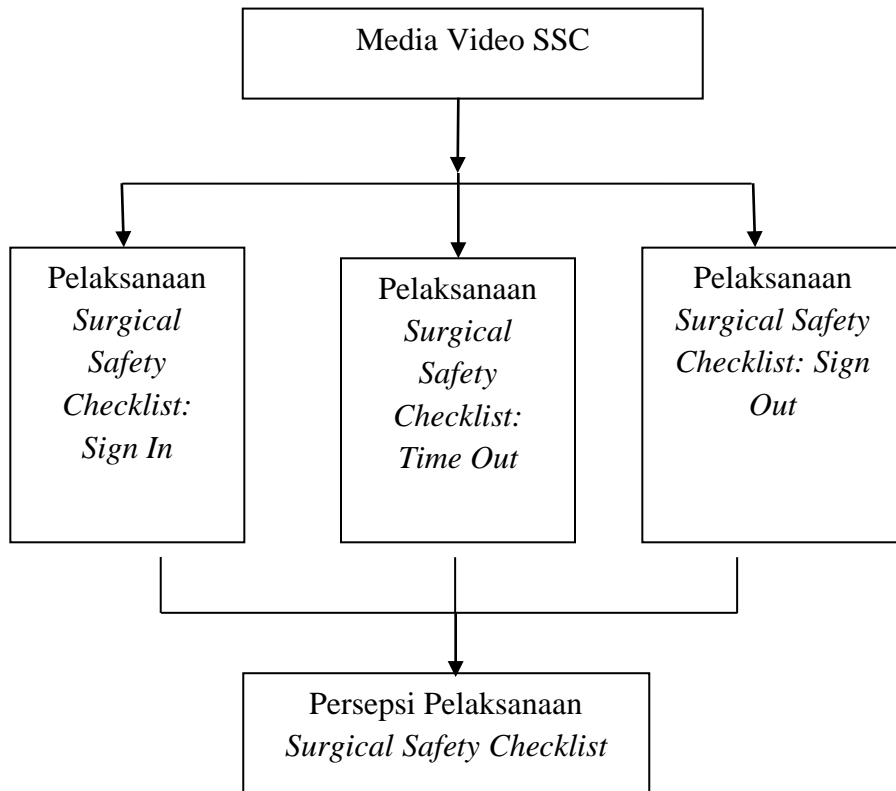
C. Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori

Sumber: Dimodifikasi dari Green (1980, dalam Notoatmojo, 2010)

D. Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

E. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian di atas maka pertanyaan penelitian ini adalah *developing* media video dalam pelaksanaan SSC di unit bedah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.