

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. HASIL**

##### **1. Profil PKU Muhammadiyah Bantul**

RS PKU Muhammadiyah Bantul ialah salah satu dari sekian Layanan Kesehatan yang di miliki oleh Organisasi Islam Bantul yang bermodel RSU, Yang berdiri pada tanggal 1 Maret 1966 atau tepat pada tanggal 9 Dzulqodah. Pada Mulanya Rumah sakit PKU Muhammadiyah bantul adalah Klinik pengobatan dan Rumah bersalin, Tetapi karena kebutuhan masyarakat yang kian pesat dan didukung oleh tokoh Pimpinan muhammadiyah bantul pada saat itu adalah H. Zahrowi Soejati, HM. Bardan, KRT Kastowodiningrat, H. Ismoyo dan, H. Dalhar Hamdu. Sebelum pengajuan ijin kepada pemerintah ada perdebatan dalam pembentukan nama Muhammadiyah atau Aisyiyah. Setelah beberapa pertimbangan dan pembenaran Yuridis Akhirnya tetap menggunakan kata Muhammadiyah untuk balai pengobatan dan bersalin kala itu didukung dengan SK Mendagri No: 14/PPA/1972 Muhammadiyah dinyatakan sebagai badan hukum yang mempunyai hak milik atas tanah yang digunakan untk keperluan keagamaan dan sosial. Seiring dengan dinamika dalam pelayanan yang diberikan pada Masyarakat

perkembangan Kemampuan status Rumah sakit perlu ditigkatkan, sehingga pada tanggal 20 Oktober 2001 yang bermula RSKIA resmi mejadi PKU Muhammadiyah Bantul, berdasarkan uji yang dilakukan oleh Konsorsium. Rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul mempunyai pelayanan yang cukup lengkap, terdiri dari pelayanan 24 jam unit gawat darurat (IGD), Rawat inap terdiri dari rawat inap VVIP, VIP, Kelas 1, kelas 2 dan kelas 3, bangsal anak, bangsal perinatal, kamar bersalin, bangsal nifas, ICU dan HD, Instalasi Bedah sentral, labolatorium, ambulan, gizi, radiologi, dan pelayanan rukti jenazah, sedangkan pada pelayanan rawat jalan PKU muhammadiyah memiliki Poliklinik Penyakit dalam, Poliklinik anak, poliklinik kandungan, poliklinik bedah, poliklinik Orthopedi, piliklinik Kulit dan kelamin, poliklinik mata, poliklinik jiwa, poliklinik THT, poliklinik Gigi, poliklinik syaraf, poliklinik fisioterapi, poliklinik umum dan poliklinik kosmetik medik.

Visi : Terwujudnya Rumahs akit yang islami yang mempunyai keunggulan kompentitif global, dan menjadikan kebanggaan umat

Misi : Berdakwah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas denga mengutamakan peningkatankepuasan pelanggan serta peduli dapa kaum Dhu'afa : Falsafah RSU PKU

Muhammadiyah Bantu merupakan perwujudan ilmu, iman, dan amal soleh

Motto : Layananku Ibadahku

## **2. 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.

## **3. 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 di IBS RS PKU Muhammadiyah Bantul**

<b>Jenis Operasi</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Urologi	7	23,33%
Obstetri dan Ginekologi	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 tindakan 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*.

#### **4. 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.

##### 5. 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**

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>	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%).

#### **6. 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**

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.	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 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 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%)

## 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**

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	23	76.7%	7	23.3%
6	Mencatat masalah dengan peralatan selama operasi	21	70.0%	9	30.0%
7	Review masalah utama	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%).

## 8. Rincian Kelempngkapan Pengisian checklist tiap operasi

### a. Operasi Bedah Digestif

**Tabel 4.6 Kepatuhan Pengisian Checklist Operasi Bedah Digestif**

Sesi Operasi	Jenis Item Terisi									
	Identitas (n=8)		Sign In (n=10)		Time Out (n=8)		Sign Out (n=7)		Total (n=33)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Digestif-1	6	75,0%	9	90,0%	3	37,5%	5	71,4%	23	69,7%
Digestif-2	5	62,5%	9	90,0%	3	37,5%	4	57,1%	21	63,6%
Digestif-3	6	75,0%	9	90,0%	2	25,0%	0	0,0%	17	51,5%
Digestif-4	4	50,0%	2	20,0%	2	25,0%	3	42,9%	11	33,3%
Digestif-5	8	100,0%	9	90,0%	4	50,0%	1	14,3%	22	66,7%
Digestif-6	4	50,0%	2	20,0%	2	25,0%	3	42,9%	11	33,3%
<b>Rerata</b>	<b>5,5</b>	<b>68,7%</b>	<b>6,7</b>	<b>6,07%</b>	<b>2,7</b>	<b>33,7%</b>	<b>2,7</b>	<b>38,6%</b>	<b>17,5</b>	<b>53,0%</b>

**b. Operasi Bedah Onkologi**

**Tabel 4.7 Kepatuhan Pengisian Checklist Operasi Bedah Onkologi**

Sesi Operasi	Jenis Item Terisi									
	Identitas (n=8)		Sign In (n=10)		Time Out (n=8)		Sign Out (n=7)		Total (n=33)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Onkolog-1	5	62,5%	8	80,0%	2	25,0%	5	71,4%	20	60,6%
Onkolog-2	6	75,0%	9	90,0%	2	25,0%	5	71,4%	22	66,7%
Onkolog-3	5	62,5%	9	90,0%	2	25,0%	5	71,4%	21	63,6%
<b>Rerata</b>	<b>5,3</b>	<b>66,7%</b>	<b>8,7</b>	<b>86,7%</b>	<b>2,0</b>	<b>25,0%</b>	<b>5,0</b>	<b>71,4%</b>	<b>21,0</b>	<b>63,6%</b>

**c. Operasi Bedah Ortopedi**

**Tabel 4.8 Kepatuhan Pengisian Checklist Operasi Bedah Ortopedi**

Sesi Operasi	Jenis Item Terisi									
	Identitas (n=8)		Sign In (n=10)		Time Out (n=8)		Sign Out (n=7)		Total (n=33)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ortopedi-1	7	87,5%	9	90,0%	7	87,5%	5	71,4%	28	84,8%
Ortopedi-2	7	87,5%	7	70,0%	3	37,5%	5	71,4%	22	66,7%
<b>Rerata</b>	<b>7,0</b>	<b>87,5%</b>	<b>8,0</b>	<b>80,0%</b>	<b>5,0</b>	<b>62,5%</b>	<b>5,0</b>	<b>71,4%</b>	<b>25,0</b>	<b>75,8%</b>

**d. Operasi Bedah Urologi**

**Tabel 4.9 Kepatuhan Pengisian Checklist Operasi Bedah Urologi**

Sesi Operasi	Jenis Item Terisi									
	Identitas (n=8)		Sign In (n=10)		Time Out (n=8)		Sign Out (n=7)		Total (n=33)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Urologi-1	5	62,5%	9	90,0%	3	25,0%	5	71,4%	21	63,6%
Urologi-2	5	62,5%	9	90,0%	3	37,5%	0	0,0%	17	51,5%
Urologi-3	4	50,0%	9	90,0%	4	50,0%	5	71,4%	22	66,7%
Urologi-4	7	87,5%	9	90,0%	3	37,5%	1	14,3%	20	60,6%
Urologi-5	6	75,0%	9	90,0%	3	37,5%	5	71,4%	23	69,7%
Urologi-6	5	62,5%	9	90,0%	3	37,5%	0	0,0%	17	51,5%
Urologi-7	6	75,0%	9	90,0%	3	37,5%	5	71,4%	23	69,7%
<b>Rerata</b>	<b>5,4</b>	<b>67,9%</b>	<b>9,0</b>	<b>90,0%</b>	<b>3,1</b>	<b>39,3%</b>	<b>3,0</b>	<b>42,9%</b>	<b>20,4</b>	<b>61,9%</b>

e. Operasi Obstetri dan Gynecology

**Tabel 4.10 Kepatuhan Pengisian Checklist Operasi Bedah Obsgyn**

Sesi Operasi	Identitas (n=8)		Jenis Item Terisi						Total (n=33)	
			Sign In (n=10)		Time Out (n=8)		Sign Out (n=7)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Obsgyn-1	6	75,0%	10	100,0%	6	75,0%	7	100,0%	29	87,9%
Obsgyn-2	6	75,0%	8	80,0%	4	50,0%	5	71,4%	23	69,7%
Obsgyn-3	7	87,5%	9	90,0%	4	50,0%	5	71,4%	25	75,8%
Obsgyn-4	7	87,5%	9	90,0%	4	50,0%	7	100,0%	27	81,8%
Obsgyn-5	6	75,0%	9	90,0%	3	37,5%	6	85,7%	24	72,7%
Obsgyn-6	4	50,0%	9	90,0%	4	50,0%	5	71,4%	22	66,7%
<b>Rerata</b>	<b>6,0</b>	<b>75,0%</b>	<b>9,0</b>	<b>90,0%</b>	<b>4,2</b>	<b>52,1%</b>	<b>5,8</b>	<b>83,3%</b>	<b>25,0</b>	<b>75,8%</b>

f. Operasi Lain-lain

**Tabel 4.11 : Kepatuhan Pengisian Checklist Operasi Lain-lain**

Sesi Operasi	Identitas (n=8)		Jenis Item Terisi						Total (n=33)	
			Sign In (n=10)		Time Out (n=8)		Sign Out (n=7)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lain-1	3	37,5%	5	50,0%	6	75,0%	0	0,0%	14	42,4%
Lain-2	3	37,5%	6	60,0%	6	75,0%	5	71,4%	20	60,6%
Lain-3	7	87,5%	9	90,0%	4	50,0%	6	85,7%	26	78,8%
Lain-4	0	0,0%	6	60,0%	5	62,5%	2	28,6%	13	39,4%
Lain-5	3	37,5%	5	50,0%	6	75,0%	0	0,0%	14	42,4%
Lain-6	3	37,5%	6	60,0%	6	75,0%	5	71,4%	20	60,6%
<b>Rerata</b>	<b>3,2</b>	<b>39,6%</b>	<b>6,2</b>	<b>61,7%</b>	<b>5,5</b>	<b>68,8%</b>	<b>3,0</b>	<b>42,9%</b>	<b>17,8</b>	<b>54,0%</b>

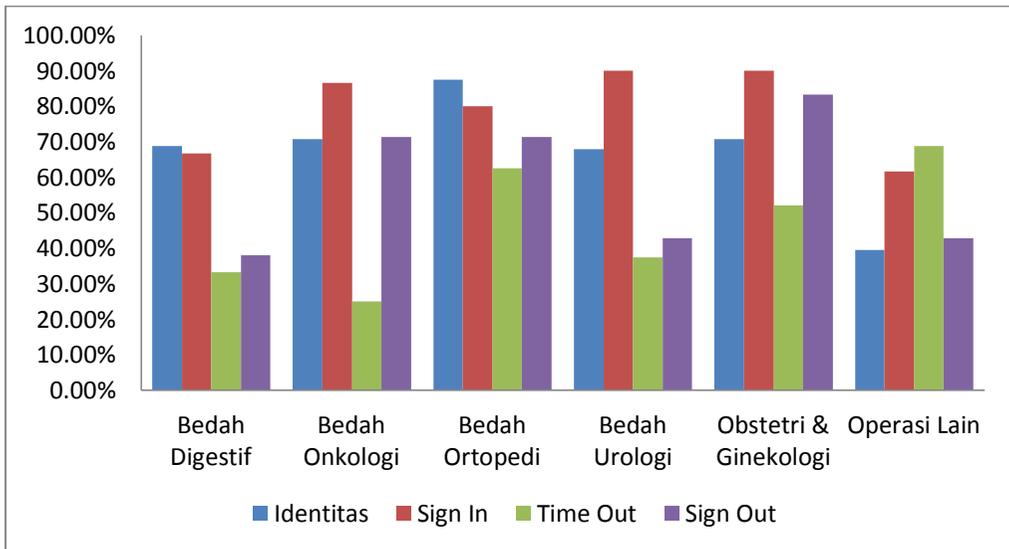
**9. Perbandingan Kelengkapan Pengisian checklist tiap jenis operasi**

Pelaksanaan operasi pada tiap sesinya dipimpin oleh operator yaitu dokter spesialis yang bertugas saat itu. Perbedaan cara kerja operator mempengaruhi pula kedisiplinan tim operasi untuk memperhatikan standar prosedur dan kelengkapan pengisian checklist operasi. Perbandingan antar jenis operasi ditampilkan pada tabel 4.6.

**Tabel 4.12. Rata-rata Kelengkapan Pengisian Checklist pada Tiap Jenis Operasi**

Sesi Operasi	Jumlah Sesi	Rata-rata Kelengkapan Pengisian Surgical Checklist							
		Identitas		Sign In		Time Out		Sign Out	
		Item (8)	persen	Item (10)	persen	Item (8)	persen	Item (7)	persen
Digestif	6	5.5	68.8%	6.7	66.7%	2.7	33.3%	2.7	38.0%
Onkologi	3	5.3	70.8%	8.7	86.7%	2.0	25.0%	5.0	71.4%
Ortopedi	2	7.0	87.5%	8.0	80.0%	5.0	62.5%	5.0	71.4%
Urologi	7	5.4	67.9%	9.0	90.0%	3.0	37.5%	3.0	42.8%
Obsgyn	6	6.0	70.8%	9.0	90.0%	4.2	52.1%	5.8	83.3%
Operasi Lain	6	3.2	39.6%	6.2	61.7%	5.5	68.8%	3.0	42.9%

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%. Gambaran pola ini terlihat pula pada Gambar 4.1



**Gambar 4.1. Rata-rata Kelengkapan Pengisian Surgical Checklist pada Tiap Jenis Operasi**

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.

## B. PEMBAHASAN

### 1. 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.

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.

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 et al. (2013), 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%).

## **2. 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*.

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 (Sendlhofer et al., 2016; Biffi et al., 2015).

### **3. 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 (Giles et al., 2016).

Checklist tidak selalu dilaksanakan dengan baik sebagaimana mestinya. Komponen yang seharusnya dapat memudahkan komunikasi malah sering diabaikan yaitu Time-Out tampaknya memang tidak dilakukan sebagai upaya tim (Rydenfalt et al., 2013).

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. Meskipun penerimaan checklist ini cukup tinggi di antara personil, namun terdapat kesenjangan dalam pengetahuan tentang kapan checklist ini harus digunakan. Hal ini dapat memperburuk penerapan

yang efektif dan penggunaan checklist yang benar rumah sakit (Hurtao et al., 2012).

#### **4. 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 (Wangoo, 2016).

Menurut Vogts et al., (2011), Domain Sign Out hampir selalu diabaikan, sehingga dapat meningkatkan risiko kelalaian dalam perawatan pasca operasi. Sedangkan penelitian Bashford et al. (2014) menunjukkan bagian 'sign out' dilaporkan sebagai bagian yang paling sulit dari checklist untuk diselesaikan, dan tidak terjawab sepenuhnya pada 21% kasus.

Menurut Nirbita (2017) komplikasi yang dapat ditemukan terkait infeksi daerah operasi adalah tanda inflamasi sebesar

30%. Status gizi, jenis operasi, dan durasi mempunyai pengaruh yang signifikan terkait munculnya inflamasi superfisial.

Alasan utama rendahnya pengisian checklist ini menurut Melekie dan Getahun (2015) 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 (McGinlay et al., 2015).

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 (Asefzadeh et al., 2017).