

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN *SAFETY CEK LIST SURGERY*
DENGAN KINERJA PERAWAT KAMAR BEDAH
DI RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIBOWO
BALIKPAPAN TAHUN 2020**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

2020

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN *SAFETY CEK LIST SURGERY*
DENGAN KINERJA PERAWAT KAMAR BEDAH
DI RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIBOWO
BALIKPAPAN TAHUN 2020**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan
(S.Kep) Pada Program Studi S.1 Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan &
Sains Wiyata Husada Samarinda



Oleh :

**DARMAWAN
NIM : B21824805701**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

2020

HALAMAN PENGESAHAN

HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN SAFETY CEK LIST SURGERY DENGAN
KINERJA PERAWAT KAMAR BEDAH DI RSUD DR. KANUJOSO
DJATIWIBOWO BALIKPAPAN

SKRIPSI

Disusun Oleh:

Darmawan
B21824805701

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 22 Agustus 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Hi. Sumiati, SKM., M.Kes
NIDN. 0010056907

2. Ns. Abdurrahman, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0815078501

3. Ns. Purwanto, S.Kep., M. Kep
NIP. 19681124.198902.1.002

4. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIDN. 1117078602

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Kiki Hardiansyah S, S. Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Darmawan
NIM : B21824805701
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda
Judul Penelitian : Hubungan Antara Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Dengan Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



ITKES WYH

Samarinda, Juli 2020
Yang membuat pernyataan,

Darmawan
NIM. B21824805701

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat rahmat serta karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Antara Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Dengan Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020”.

Penyusunan skripsi merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan S-I Keperawatan di Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan berbagai pihak akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak DR. Eka Ananta Sidharta, SE., MM., AK., CA., CSRS., CSRA., CFrA selaku Rektor Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda.
3. Ibu Ns. Kiki Hadriansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp.MB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda.
4. Bapak Ns. Purwanto, M.Kep selaku Dosen Pembimbing I yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep selaku Dosen Pembimbing II yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
6. Penguji yang berkenan memberikan saran dalam perbaikan skripsi ini.
7. dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan atas kesempatan yang telah diberikan untuk memberikan izin tempat penelitian dan pegawai rumah sakit yang bersedia membantu pelaksanaan penelitian ini.
8. Dosen dan Staf Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda yang telah mendidik dan memberikan ilmu serta membimbing penulis selama diperkuliahan.

9. Keluarga yang telah banyak memberikan motivasi, dukungan moril maupun materil yang tak ternilai harganya serta do'a dan kasih sayangnya selama ini kepada penulis.
10. Seluruh rekan-rekan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan bantuan, dukungan dan saran serta kritiknya dalam penulisan skripsi ini.
11. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Demi kesempurnaan skripsi ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, guna perbaikan selanjutnya. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini berguna dan bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan saran untuk menambah wawasan, khususnya dalam ilmu keperawatan.

Samarinda, Juli 2020



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Darmawan

NIM : B21824805701

Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan in menyetujui dan memberikan hak kepada Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Hubungan Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Dengan Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Balikpapan, Juli 2020

Yang menyatakan


(Darmawan)

ABSTRAK

HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN *SAFETY CEK LIST SURGERY* DENGAN KINERJA PERAWAT KAMAR BEDAH DI RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIOWO BALIKPAPAN TAHUN 2020

Darmawan¹, Purwanto², Rusdi³

Latar Belakang : Penggunaan *Safety Checklist Surgery* dikaitkan dengan perbaikan perawatan pasien yang sesuai dengan standar proses keperawatan termasuk kualitas kerja tim perawat kamar operasi. Penggunaan *Safety Checklist Surgery* memberikan banyak manfaat terutama dalam mengurangi insiden yang membahayakan keselamatan pasien. Studi pendahuluan di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan mengindikasikan masih kurang maksimalnya kinerja perawat kamar bedah, yang dapat disebabkan kurangnya kepatuhan perawat kamar bedah dalam menerapkan *safety cek list surgery*.

Tujuan : Untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Metode : Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian survei analitik dan desain retrospektif. Populasi dari penelitian ini adalah semua perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan sebanyak 43 responden, berdasarkan rumus slovin maka jumlah sampel sebanyak 39 responden. Analisis data menggunakan uji *Fisher Exact*.

Hasil Penelitian : Kepatuhan *safety cek list surgery* pada perawat kamar bedah sebagian besar patuh sebanyak 28 responden (71,8%). Kinerja perawat kamar bedah sebagian besar kinerja baik yaitu sebanyak 27 responden (69,2%). Ada hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan ($p \text{ value} : 0,001 < \alpha : 0,05$).

Kesimpulan : Ada hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah.

Kata Kunci : Kepatuhan, *Safety Cek List Surgery*, Kinerja, Perawat.

^{1,2,3} Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN COMPLIANCE SAFETY CHECK LIST SURGERY WITH PERFORMANCE OF THE OPERATING ROOM NURSE IN RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN, 2020

Darmawan¹, Purwanto², Rusdi³

Background: The use of the Safety Checklist Surgery is associated with improving patient care in accordance with the standards of the nursing process including the quality of the operating team nurses' work. The use of Safety Checklist Surgery provides many benefits, especially in reducing incidents that endanger patient safety. Preliminary study at RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan indicated that the operating room nurse's performance was still not maximal, which could be due to the lack of compliance of the operating room nurses in implementing safety check list surgery.

Objective: To determine the relationship between safety compliance check list surgery with the performance of the operating room nurse at RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Method: This type of research is quantitative research with analytic survey research design and retrospective design. The population of this study were all operating room nurses at RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan as many as 43 respondents, based on the Slovin formula, the total sample was 39 respondents. Data analysis using Fisher Exact test.

Research result : Compliance with safety check list surgery on operating room nurses was mostly obedient as many as 28 respondents (71.8%). The performance of the operating room nurses was mostly good, with 27 respondents (69.2%). There is a relationship between compliance with safety check list surgery with the performance of nurses in the operating room at RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan (p value: $0.001 < \alpha: 0.05$).

Conclusion: There is a relationship between safety check list surgery compliance with the operating room nurse's performance.

Keywords: Compliance, Safety Check List Surgery, Performance, Nurse.

^{1,2,3} Nursing Science Study Program, Institute of Health & Science Technology Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
E. Penelitian Terkait	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	10
1. Kinerja	10
2. Perawat Kamar Bedah	18
3. Kepatuhan	20
4. <i>Safety Cek List Surgery</i>	24
5. Teori Keperawatan	31
B. Kerangka Teori Penelitian	37
C. Hipotesis	38
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	39
B. Kerangka Konsep Penelitian	39
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	40
D. Populasi dan Sampel	40
E. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional	41
F. Alat Pengumpulan	43
G. Uji Instrumen	44
H. Teknik Pengumpulan Data	45
I. Teknik Analisis Data	47
J. Etika Penelitian	50
K. Alur Penelitian	52

BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Hasil Penelitian.....	53
	B. Pembahasan.....	59
	C. Keterbatasan Penelitian.....	66
BAB V	PENUTUP	
	A. Kesimpulan.....	67
	B. Saran.....	67
	DAFTAR PUSTAKA.....	69
	LAMPIRAN.....	72



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional.....	42
Tabel 3.2. Kisi-Kisi Kuesioner Kinerja Perawat Kamar Bedah.....	44
Tabel 3.3. Kisi-Kisi Kuesioner Kepatuhan <i>Safety Cek List Surgery</i>	40
Tabel 3.4. Uji Normalitas.....	47



DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. Kerangka Teori Keperawatan	36
Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian	37
Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	39
Skema 3.1. Alur Penelitian.....	52



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2. Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden
- Lampiran 3. Kuesioner
- Lampiran 4. Check List
- Lampiran 5. Data Penelitian
- Lampiran 6. Hasil SPSS



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Trisna, 2016).

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Salah satu fasilitas pelayanan di rumah sakit adalah pelayanan pembedahan/operasi. Rumah sakit mengutamakan keselamatan pasien untuk meningkatkan mutu pelayanannya dan mendapatkan kepercayaan serta kepuasan masyarakat terkait dengan pelayanan yang telah diberikan. Pemerintah mewajibkan program keselamatan pasien di setiap rumah sakit dan akan dievaluasi melalui akreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (Bramantoro, 2017).

Keselamatan pasien dan kualitas pelayanan pasien hal yang sangat penting dari penyampaian layanan kesehatan. Untuk setiap pasien, anggota keluarga dan profesional kesehatan, keselamatan sangat penting untuk penegakkan diagnosa, tindakan kesehatan dan perawatan. Dokter, perawat dan semua orang yang bekerja di sistem kesehatan berkomitmen untuk merawat dan membantu pasien dan memiliki keunggulan dalam penyedia layanan kesehatan untuk semua orang yang membutuhkan. Namun sistem kesehatan diseluruh dunia, menghadapi tantangan dalam menangani praktik yang tidak aman, profesional layanan kesehatan yang tidak kompeten, tata pemerintahan yang buruk dalam pemberian layanan kesehatan, kesalahan dalam diagnosis

dan perawatan dan ketidakpatuhan terhadap standar keselamatan pasien (Madden, 2018).

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Selano, 2019).

Sebagai tenaga profesional kesehatan dengan jumlah yang paling besar, maka perawat harus menyadari perannya sehingga harus dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan *patient safety*. Kerja keras perawat tidak dapat mencapai level optimal jika tidak didukung dengan sarana prasarana, manajemen rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya (Yuliati, 2019). Sasaran keselamatan pasien yang pertama berdasarkan 6 Goals keselamatan pasien di Rumah Sakit yaitu ketepatan indentifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan kewaspadaan terhadap *high alert drugs*, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien operasi, pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan resiko pasien jatuh (KARS, 2017).

Kamar operasi merupakan bagian dari rumah sakit yang paling sering memiliki masalah dalam keselamatan pasien. Laporan kesalahan medis di seluruh rumah sakit Amerika Serikat tercatat sekitar 44.000 – 98.000 kejadian per tahun, dengan porposisi kejadian tertinggi di kamar operasi. Menurut penelitian *University of Maryland* Amerika didapatkan tentang tindakan yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien di kamar operasi meliputi komplikasi infeksi (26%), terbakar (11%), komunikasi atau teamwork (6%), benda asing (3%), alur atau lalulintas ruang operasi (4%), salah pemberian obat (2%), kebisingan ruangan (2%), ceklis keselamatan operasi (1%) (Yuliati, 2019).

Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS, 2018) berdasarkan provinsi pada tahun 2016, menemukan kasus KTD sebesar 46,2%, sedangkan pada tahun 2017 kasus KTD meningkat menjadi 63%, yang terdiri dari 12 provinsi di Indonesia. Jenis insiden keselamatan pasien di Indonesia masih sulit diperoleh, namun tentu saja insiden keselamatan pasien ini dapat terjadi dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit (KKPRS, 2018). Oleh karena itu, tenaga kesehatan yang bertugas di kamar operasi terutama perawat, harus dapat menampilkan perilaku profesionalisme. Salah satu bentuk perilaku profesionalisme di kamar operasi adalah bagaimana penerapan *Safety Checklist Surgery* yang menjadi standar prosedur baku bagi keselamatan pasien di kamar operasi (Yuliati, 2019).

Penggunaan *Safety Checklist Surgery* menurut WHO (2016) dikaitkan dengan perbaikan perawatan pasien yang sesuai dengan standar proses keperawatan termasuk kualitas kerja tim perawat kamar operasi. Penggunaan *Safety Checklist Surgery* memberikan banyak manfaat terutama dalam mengurangi insiden yang membahayakan keselamatan pasien. *Safety Checklist Surgery* pada dasarnya adalah sebuah menggambarkan perilaku keselamatan pasien yang harus diterapkan dalam pelaksanaan kegiatan di kamar operasi. Agar pemakaian *Safety Checklist Surgery* menjadi efektif, dibutuhkan perawat kamar operasi yang konsisten dalam menerapkan sikap dan menjaga budaya keselamatan pasien dan konsisten melaksanakan prosedur keselamatan pasien serta tim ruang operasi yang kompak.

Penelitian yang dilakukan oleh Trisna (2016) menemukan dari 3 tahapan penerapan *Safety Checklist Surgery* (*sign in, time out dan sign out*), fase *sign out* adalah fase yang paling banyak tidak dilakukan oleh perawat pada tindakan operasi emergensi dan operasi elektif. Sementara itu penelitian Amiruddin (2018) mengatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan *Safety Checklist Surgery* tim bedah dengan lamanya hari rawat inap.

RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan merupakan rumah sakit milik pemerintah Kota Balikpapan dengan tipe B.v Salah satu usaha

peningkatan penampilan dari masing-masing sarana pelayanan dengan meningkatkan mutu pelayanan di semua unit pelayanan melalui program peningkatan mutu berupa akreditasi. Dimana RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan pada tahun 2016 menerima Sertifikat Akreditasi Paripurna yang harus bisa dipertahankan dan ditingkatkan. RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan mempunyai standar operasional prosedur yang menerapkan *Safety Checklist Surgery*. Dari format *Safety Checklist Surgery* yang dijalankan maka semuanya mengandung item *Safety Checklist Surgery* yang ada didalam WHO. Dari proses tindakan operasi pada fase *sign in, time out* dan *sign out* dilakukan oleh perawat bedah. Namun terdapat kejadian insiden di sebabkan karena kelalaian yang bersifat kolaboratif di kamar bedah meliputi tahun 2016 tercatat KNC terdapat 1 kasus dan KTD 2 kasus. Tahun 2017 tercatat insiden KNC terdapat 1 kasus dan KTD berjumlah 1 kasus. Tahun 2018 tercatat KTC terdapat 2 kasus dan tahun 2019 tercatat insiden KNC terdapat 2 kasus dan KTD terdapat 4 kasus (Data RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, 2019).

Data ini mengindikasikan masih kurang maksimalnya kinerja perawat kamar bedah, yang dapat disebabkan kurangnya kepatuhan perawat kamar bedah dalam menerapkan *safety cek list surgery*. Kepatuhan merupakan suatu perilaku dalam bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar individu. Semakin patuh perawat terhadap kepatuhan *Safety Checklist Surgery* diharapkan semakin baik kinerja perawat kamar bedah dalam upaya untuk menjaga keselamatan pasien (*patient safety*) di kamar bedah dengan menerapkan *Standard Operational Procedure* (SOP) dalam setiap tindakan perawat, dengan menggunakan formulir *Safety Cek List Surgery*. Sesuai dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2017) menuntut pelaksanaan *Safety Cek List Surgery* di kamar bedah harus 100% untuk mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan dan kemungkinan kekeliruan diselesaikan dalam tindakan operasi dimana pelaksanaan *Safety Cek List Surgery* dilakukan pada semua item yang telah ditentukan.

Dari hasil studi pendahuluan wawancara dengan kepala ruangan kamar bedah RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan pada 31 Mei 2020

menjelaskan tentang pelaksanaan *Safety Cek List Surgery* masih belum terlaksana 100%, dengan jumlah operasi pada bulan Mei 2020 yaitu sebanyak 338 tindakan pembedahan, namun pelaksanaan *Safety Cek List Surgery* dengan kategori 60% yang lengkap dan 40% masih belum lengkap. Dari observasi terlihat perawat melaksanakan *Safety Cek List Surgery* tetapi tidak rutin, masih ada yang kurang paham dengan SPO *Safety Cek List Surgery*, kurangnya perhatian dan pengawasan dari kepala ruangan dan masih didapati poin pada *Safety Cek List Surgery* yang tidak terisi serta belum pernah dilaksanakan sosialisasi tentang *Safety Cek List Surgery* di kamar operasi.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka perlu dilakukan kaji banding lebih lanjut tentang “Hubungan Antara Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Dengan Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020”.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian tersebut maka rumusan masalah yang diangkat adalah : apakah ada hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kepatuhan *safety cek list surgery* pada perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Mengidentifikasi kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- c. Menganalisis hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan sumbangan dalam hal perkembangan ilmu keperawatan tentang hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah dan dapat dijadikan sebagai informasi baru dibidang keperawatan baik bagi mahasiswa, pengajar, atau dosen maupun rekan perawat.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan selaku instansi yang terkait mengenai hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah menjadi data dasar dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

b. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan kajian bagi perawat dalam meningkatkan kepatuhan *safety cek list surgery* dan kinerja perawat kamar bedah.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Riset keperawatan ini diharapkan dapat digunakan menjadi referensi dan data awal untuk melakukan penelitian terkait, ilmu pengetahuan dan wawasan serta pengujian secara konkrit tentang hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berkenaan dengan hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah antara lain:

1. Seleno (2019) mengenai Hubungan Lama Kerja Perawat Dengan Kepatuhan Pengisian *Surgical Safety Checklist* Di Instalasi Bedah Sentral. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif menggunakan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat ruang Instalasi Bedah Sentral di Rumah Sakit Swasta Semarang yang berjumlah 32 perawat. Teknik

pengambilan sampel menggunakan tehnik total sampling dengan kriteria sampel adalah perawat sirkuler di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Swasta Semarang yang berjumlah 23 responden. Analisa data yang digunakan adalah analisa univariat untuk mendeskripsikan lama kerja dan kepatuhan pengisian surgical safety checklist dan analisa bivariat untuk menganalisa hubungan antara lama kerja dengan kepatuhan pengisian surgical safety checklist dengan menggunakan SPSS 21. Uji yang digunakan yaitu uji fisher. Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan lama kerja perawat dengan kepatuhan pengisian surgical safety checklist di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Swasta Semarang dengan nilai p value yaitu $0,586 > 0,05$. Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu membahas tentang kepatuhan *safety cek list surgery* pada perawat kamar bedah. Perbedaan terletak pada variabel independen penelitian terdahulu yaitu lama kerja perawat sedangkan penelitian ini kepatuhan *safety cek list surgery*, variabel dependen penelitian terdahulu kepatuhan pengisian surgical safety checklist sedangkan penelitian ini kinerja perawat kamar bedah. Selain itu berbeda pula dari segi jumlah sampel, teknik analisa data dan lokasi penelitian.

2. Trisna (2016) mengenai hubungan persepsi tim bedah dengan kepatuhan penerapan *surgical patient safety* pada pasien operasi bedah di ruang operasi RSUD Mayjend HM. Ryacudu. Desain penelitian ini menggunakan *cross sectional*, populasi dalam penelitian ini adalah semua tim bedah berjumlah 30 responden, dengan sampel yang diambil seluruhnya dari jumlah populasi, yaitu berjumlah 30. Hasil uji statistik di peroleh nilai p -value sebesar 0,03, sehingga disimpulkan ada hubungan antara persepsi tim bedah dengan kepatuhan penerapan *surgical patient safety*. Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu membahas tentang kepatuhan *safety cek list surgery* pada perawat kamar bedah. Perbedaan terletak pada variabel independen penelitian terdahulu yaitu persepsi tim bedah sedangkan penelitian ini kepatuhan *safety cek list surgery*, variabel dependen penelitian terdahulu kepatuhan penerapan *surgical patient safety* sedangkan penelitian ini kinerja perawat kamar

bedah. Selain itu berbeda pula dari segi jumlah sampel, teknik analisa data dan lokasi penelitian.

3. Amiruddin (2018) mengenai hubungan antara kepatuhan tim bedah dalam penerapan SSC dengan infeksi luka operasi dan lamanya hari rawat inap pasien seksio sesarea. Metode penelitian *analitik cross sectional*. Populasi penelitian adalah ibu yang menjalani seksio sesarea dengan bayi hidup di RSUD Barru periode 1 Desember 2016- 30 April 2017. Penelitian dilakukan di RSUD Barru. Jumlah sampel adalah 137 pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Hasil penelitian yaitu kepatuhan tim bedah dalam penerapan SSC hanya 64% dan ada 36% (49 pasien) tidak dilakukan sepenuhnya (tidak patuh). Tidak terdapat hubungan bermakna antara kepatuhan tim bedah dengan tidak terjadinya infeksi luka operasi pada pasien seksio sesarea ($p= 0,078$), tetapi ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan tim bedah dengan lamanya hari rawat inap ($p=0,006$). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu pada variabel independen yaitu kepatuhan *safety cek list surgery* pada perawat kamar bedah. Perbedaan terletak pada variabel dependen penelitian terdahulu infeksi luka operasi dan lamanya hari rawat inap pasien seksio sesarea sedangkan penelitian ini kinerja perawat kamar bedah. Selain itu berbeda pula dari segi jumlah sampel, teknik analisa data dan lokasi penelitian.
4. Suhada (2019) mengenai Hubungan Antara Tingkat Kepatuhan Perawat Terhadap SOP (Standar Operasional Prosedur) Perawatan Luka Dengan Proses Penyembuhan Luka Pasien Pascabedah di RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor. Jenis penelitian ini adalah penelitian korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari 2 kelompok, yang pertama seluruh perawat yang bertugas di ruang perawatan bedah dan poli bedah RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor Kabupaten Tanah Bumbu berjumlah 20 orang dan pasien yang telah dilakukan perawatan luka pascabedah sebanyak 20 orang. Hasil penelitian terdapat hubungan antara tingkat kepatuhan perawat terhadap SOP perawatan luka dengan proses penyembuhan luka pasien pascabedah di

RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor. Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu pada variabel independen yaitu kepatuhan perawat pada SOP. Perbedaan terletak pada variabel dependen penelitian terdahulu proses penyembuhan luka pasien pascabedah sedangkan penelitian ini kinerja perawat kamar bedah. Selain itu berbeda pula dari segi jumlah sampel, teknik analisa data dan lokasi penelitian.

5. Yuliati (2019) mengenai Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Surgical Safety Checklist Di Kamar Operasi Rumah Sakit Kota Batam. Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif Cross Sectional dengan jumlah sampel 67 orang perawat kamar operasi. Data dianalisa dengan distribusi frekuensi dan uji hubungan bivariat. Didapatkan penerapan SSC perawat kota Batam masih kurang baik, tetapi terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan pelatihan dalam penerapan SSC sesuai tujuan yang diharapkan terbukti dari hasil statistik menunjukkan hubungan pengetahuan, pelatihan dengan penerapan SSC ($p=0,002$). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu membahas tentang kepatuhan *safety cek list surgery* pada perawat kamar bedah. Perbedaan terletak pada variabel independen penelitian terdahulu yaitu pengetahuan dan pelatihan penelitian ini kepatuhan *safety cek list surgery*, variabel dependen penelitian terdahulu penerapan SSC sedangkan penelitian ini kinerja perawat kamar bedah. Selain itu berbeda pula dari segi jumlah sampel, teknik analisa data dan lokasi penelitian.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kinerja

a. Pengertian Kinerja

Menurut Mangkunegara (2016) kinerja karyawan pada dasarnya terbentuk setelah karyawan merasa adanya kepuasan, karena kebutuhannya terpenuhi dengan kata lain apabila kebutuhan karyawan belum terpenuhi sebagaimana mestinya maka kepuasan kerja tidak akan tercapai, dan pada hakikatnya kinerja karyawan akan sulit terbentuk. Setiap orang yang bekerja digerakan oleh suatu motif. Motif pada dasarnya bersumber pertama-tama berbagai kebutuhan dasar individu atau dapat dikatakan bahwa kekuatan yang memotivasi seorang untuk bekerja giat dalam pekerjaannya tergantung dari hubungan timbal balik antar apa yang diinginkan atau dibutuhkan dari hasil pekerjaan tersebut dan seberapa besar kenyakinan organisasi akan memberikan kepuasan bagi keinginannya sebagai imbalan atas usaha yang dilakukannya.

Dampak motivasi yang diinginkan pimpinan dari karyawan (bawahan) sangat dipengaruhi penilaian karyawan atas nilai (*valensi*) yang diharapkan berupa hasil baik langsung maupun hasil sekunder yang dinikmati karena melakukan perilaku yang ditentukan dan kuatnya pengharapan bahwa perilaku tersebut akan benar-benar merealisasikan hasil pada pelayanan publik tersebut. Disinilah sebenarnya faktor motivasi kerja ikut menentukan terbentuknya kinerja karyawan dalam pelayanan masyarakat yang baik (Mangkunegara, 2016).

Kinerja dalam sebuah organisasi merupakan salah satu unsur yang tidak dapat dipisahkan dalam menjalankan tugas organisasi, baik itu dalam lembaga pemerintahan maupun swasta. Kinerja berasal dari bahasa *job performance* atau *actual performance* (prestasi kerja atau

prestasi sesungguhnya yang dicapai oleh seseorang atau suatu institusi). Kinerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2016).

Adapun menurut Simamora (2015), mengatakan bahwa kinerja merupakan pencapaian persyaratan pekerjaan tertentu yang akhirnya secara langsung dapat tercermin dari keluaran yang dihasilkan. Nawawi (2017) mengatakan bahwa kinerja adalah suatu hasil pelaksanaan suatu pekerjaan baik yang bersifat fisik/material maupun non-fisik non material. Sedangkan menurut pendapat Sudarmanto (2019) kinerja menunjukkan derajat penyelesaian tugas yang menyertai pekerjaan seseorang secara individu. Kinerja menggambarkan seberapa baik seorang individu memenuhi pekerjaan.

Umam (2012) berpendapat kinerja adalah penampilan, hasil karya personil baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personil. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personil yang memangku jabatan fungsional maupun struktural tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personil di dalam organisasi.

Menurut Gilbert dalam Mangkunegara (2016), kinerja pada dasarnya adalah produk waktu dan uang. Peluang tanpa waktu untuk mengejar peluang tersebut bukan apa-apa. Dan waktu, yang tidak kita miliki, yang tidak memberi peluang, bahkan memiliki lebih sedikit nilai.

Kinerja adalah kegiatan yang paling lazim dinilai dalam suatu organisasi, yakni bagaimana ia melakukan segala sesuatu yang berhubungan dengan suatu pekerjaan, jabatan, atau peranan dalam organisasi. Unsur penting dalam kinerja pekerjaan menurut (Mangkunegara, 2016) adalah sebagai berikut :

- 1) Tugas fungsional, berkaitan dengan seberapa baik seorang karyawan menyelesaikan seluk-beluk pekerjaan, termasuk penyelesaian aspek-aspek teknis pekerjaan.
- 2) Tugas perilaku, berkaitan dengan seberapa baik karyawan menangani kegiatan antar personal dengan anggota lain organisasi, termasuk mengatasi konflik, mengelola waktu, memberdayakan orang lain, bekerja dalam sebuah kelompok, dan bekerja secara mandiri.

Berdasarkan pendapat di atas, disimpulkan kinerja karyawan adalah prestasi kerja atau hasil kerja (*output*) baik kualitas maupun kuantitas yang dicapai karyawan persatuan periode waktu dalam melaksanakan tugas kerjanya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

b. Penilaian Kinerja

Menurut Simamora (2015) meskipun semua organisasi sama-sama memiliki tujuan utama mendasar tersebut untuk sistem penilaian kinerja karyawan, terdapat variasi yang sangat besar dalam penggunaan khusus yang dibuat organisasi atas informasi yang dihasilkan oleh sistem penilaian kerja. Tujuan-tujuan khusus tersebut dapat digolongkan menjadi dua bagian yaitu: evaluasi dan pengembangan. Kedua tujuan tersebut tidaklah saling terpisah tetapi memang secara tidak langsung berbeda dari segi orientasi waktu, metode-metode, peran atasan dan bawahan.

Penilaian kinerja mempunyai tujuan yang berdimensi luas, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus sebagaimana yang diuraikan oleh Robbins (2015), yaitu sebagai berikut :

- 1) Tujuan Umum
 - a) Memperbaiki pekerjaan para pekerja, dengan memberikan bantuan agar setiap pekerja mewujudkan dan mempergunakan potensi yang dimilikinya secara maksimal dalam melaksanakan misi organisasi/perusahaan melalui pelaksanaan masing-masing

- b) Menghimpun dan mempersiapkan informasi bagi karyawan dan para manajer dalam membuat keputusan yang dapat dilaksanakan, sesuai dengan bisnis organisasi/perusahaan ditempatnya bekerja.
 - c) Menyusun inventarisasi sumber daya manusia dilingkungan organisasi, yang dapat digunakan dalam mendesain hubungan antara atasan dan bawahan.
 - d) Meningkatkan motivasi kerja, yang berpengaruh pada prestasi karyawan dalam melaksanakan tugas-tugasnya.
- 2) Tujuan khusus
- a) Menghasilkan informasi yang bermanfaat guna keperluan rekrutmen dan seleksi, karena dengan tes yang valid diperoleh hasil berupa skor (nilai) yang dapat digunakan untuk memprediksi kemampuan calon karyawan dalam mengisi kekosongan, sehingga dapat diperoleh calon karyawan yang berkualitas.
 - b) Menghasilkan informasi sebagai umpan balik bagi karyawan dalam meningkatkan efisiensi kerjanya, dengan memperbaiki kekurangan atau kekeliruan dalam melaksanakan pekerjaan.
 - c) Menghasilkan informasi yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan karyawan dalam meningkatkan prestasi kerjanya.
 - d) Menghasilkan informasi tentang spesifikasi jabatan, baik menurut pembedangannya maupun penjenjangannya dalam struktur organisasi.
 - e) Meningkatkan komunikasi sebagai usaha mewujudkan hubungan manusiawi yang harmonis antara atasan dan bawahan.

Menurut Soeprihanto (2018) ada tujuh manfaat dari penilaian kinerja yaitu sebagai berikut:

- 1) Mengetahui keadaan ketrampilan dan kemampuan setiap karyawan secara rutin.

- 2) Untuk digunakan sebagai dasar perencanaan bidang personalia khususnya penyempurnaan kondisi kerja, peningkatan mutu dan hasil kerja.
- 3) Dapat digunakan sebagai dasar pengembangan dan pendayagunaan karyawan seoptimal mungkin, sehingga antara lain dapat diarahkan jenjang kariernya atau perencanaan karier, kenaikan pangkat dan kenaikan jabatan.
- 4) Mendorong terciptanya hubungan timbal balik yang sehat antara atasan dan bawahan.
- 5) Mengetahui kondisi perusahaan secara keseluruhan dari bidang personalia, khususnya kinerja karyawan dalam bekerja.
- 6) Secara pribadi, bagi karyawan dapat mengetahui kekuatan dan kelemahan masing-masing sehingga dapat memacu perkembangannya. Sebaliknya bagi atasan yang menilai akan lebih memperhatikan dan mengenal karyawan atau bawahannya sehingga dapat membantu dalam memotivasi karyawan dalam bekerja.
- 7) Hasil penelitian pelaksanaan pekerjaan dapat bermanfaat bagi penilaian dan pengembangan di bidang penilaian kinerja secara keseluruhan.

c. Indikator Penilaian Kinerja

Menurut Supardi (2019) indikator penilaian kinerja adalah sebagai berikut :

1) Kualitas kerja

Meliputi akurasi ketelitian, kerapian, melaksanakan pekerjaan, mempergunakan dan memelihara alat kerja, keterampilan dan kecakapan melaksanakan tugas.

2) Kuantitas Kerja

Indikator ini meliputi keluaran atau output dan target dalam komunitas kerja.

3) Pengetahuan

Arti dari variabel pengetahuan adalah kemampuan seorang karyawan dinilai dari pengetahuannya mengenai suatu hal yang berhubungan dengan tugas dan prosedur kerjanya, penggunaan alat-alat kerja maupun kemampuan teknis atau pekerjaan.

4) Penyesuaian pekerjaan

Merupakan indikator penilaian kinerja yang ditinjau dari kemampuan karyawan dalam melaksanakan tugasnya di luar pekerjaan maupun adanya tugas baru serta kecepatannya berfikir dan bertindak dalam bekerja.

5) Keandalan

Merupakan pengukuran dari segi kemampuan seseorang atau keandalan karyawan dalam melaksanakan tugas misalnya kehandalan dalam melaksanakan prosedur, peraturan kerja, inisiatif, kedisiplinan, dan lain-lain.

6) Hubungan kerja

Penilaian berdasarkan pada sikap pegawai lainnya dan terhadap aturannya serta kesediaan dalam menerima perubahan-perubahan kerja.

7) Keselamatan kerja

Keselamatan kerja menyangkut bagaimana perhatian karyawan pada keselamatan kerja.

d. Dimensi Kinerja

Dimensi atau indikator kinerja merupakan aspek-aspek yang menjadi ukuran dalam menilai kinerja. Ukuran-ukuran dijadikan tolak ukur dalam menilai kinerja. Dimensi ataupun ukuran kinerja sangat diperlukan, karena akan bermanfaat baik bagi banyak pihak. Mangkunegara (2016) mengemukakan 4 dimensi yang dapat dijadikan tolak ukur dalam menilai kinerja, yaitu :

1) Efisiensi waktu

Waktu penyelesaian tugas yang diberikan dan sikap terhadap waktu luang.

2) Produktifitas

Kemampuan untuk menyelesaikan target dan kemampuan menumbuhkan ide.

3) Kualitas hasil

Meningkatkan kualitas hasil pekerjaan , tidak banyak melakukan kesalahan dan tidak melakukan kecurangan.

4) Perilaku

Tanggung jawab dan menghargai kritik.

e. Pengukuran Kinerja

Melakukan pengukuran kinerja adalah menetapkan kriterianya, kemudian langkah berikutnya adalah mengumpulkan informasi yang berhubungan dengan hal tersebut, baik berupa data primer maupun berupa data sekunder selama periode tertentu kemudian dibandingkan hasil tersebut dengan target yang dibuat untuk periode yang sama sehingga didapatkan suatu tingkat kinerja dari seseorang yang sedang diukur. Beberapa teori mengemukakan tentang cara pengukuran kinerja seseorang. Umumnya kriteria untuk mengukur kinerja seseorang adalah kualitas, waktu yang dipakai, jabatan yang dipegang, absensi dan keselamatan dalam menjalankan tugas. Untuk memudahkan mengukur kinerja menurut Umam (2012) maka dalam membagi pekerjaan terdapat dua jenis, yaitu :

- 1) Pekerjaan produksi yaitu secara kuantitatif orang bisa membuat suatu standar yang obyektif, hasil produksi seseorang dengan mutunya dapat dinilai melalui suatu pengujian.
- 2) Pekerjaan yang nonproduksi yaitu ukuran sukses tidaknya seseorang dalam tugasnya biasanya diperoleh melalui pertimbangan subyektif. Pengukuran bisa dilakukan dengan penilaian atasan, teman peneliti atau oleh diri sendiri, sehingga dibuat standar yang obyektif baru dilakuakn penelitian.

Simamora (2015) mengemukakan bahwa pengukuran kinerja akan dapat berguna untuk :

- 1) Mendorong orang agar berperilaku positif atau memperbaiki tindakan mereka yang dibawah standar kinerja.
- 2) Sebagai bahan penilaian bagi manajemen apakah mereka telah bekerja dengan baik.
- 3) Memberikan dasar yang kuat bagi pembuatan kebijakan untuk peningkatan organisasi.

Adapun kriteria pengukuran kinerja menurut Aqmarina (2016) yaitu sebagai berikut :

- 1) *Quantity of Work* yaitu jumlah kerja yang dilakukan dalam suatu periode waktu yang ditentukan.
- 2) *Quality of Work* yaitu kualitas kerja yang dicapai berdasarkan syarat-syarat kesesuaian kesiapannya.
- 3) *Job knowledge* yaitu luasnya pengetahuan mengenai pekerjaan dan keterampilannya.
- 4) *Creativeness* yaitu keaslian gagasan yang dimunculkan dan tindakan untuk menyelesaikan persoalan-persoalan yang timbul.
- 5) *Cooperation* yaitu kesediaan untuk bekerjasama dengan orang lain (sesama anggota organisasi).
- 6) *Dependability* yaitu kesadaran berdisiplin dan dapat dipercaya dalam kehadiran dan penyelesaian kerja.
- 7) *Initiative* yaitu semangat untuk melaksanakan tugas-tugas baru dan dalam memperbesar tanggungjawabnya.
- 8) *Personel qualities* yang menyangkut kepribadian, kepemimpinan, keramah tamahan dan integritas pribadi.

2. Perawat Kamar Bedah

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dalam pasal 1 pada ayat 2 disebutkan perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Seorang perawat dikatakan profesional jika pengetahuan, dan keterampilan keperawatan profesional serta memiliki sikap profesional sesuai dengan kode etik.

Asuhan keperawatan perioperatif merupakan komponen universal dari keperawatan yang bertindak sebagai kerangka konseptual untuk keperawatan perioperatif. Istilah perioperatif menggambarkan pengalaman pasien sebelum, selama dan segera setelah proses pembedahan. Seorang perawat yang memiliki spesialisasi dalam perawatan kamar bedah bertanggungjawab untuk mengkaji, merencanakan dan mengimplementasikan (mendelegasikan), dan mengevaluasi perawatan selama fase pre operatif, intra operatif, dan post operatif (Rochrock, 2010).

a. Peran Perawat Kamar Bedah

Perawat kamar bedah dalam melakukan praktek keperawatan harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya dengan mengikuti ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan (Hipkabi, 2012). Adapun peran perawat kamar bedah sama dengan perawat lain di unit lain. Menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989 perawat memiliki peran sebagai pemberi asuhan keperawatan (*Care Giver*), *advokasi client*, pendidik (Edukator), koordinator, *collaborator*, konsultan, *change agent* (agen dari perubahan), dan sebagai peneliti (Hidayat, 2014).

b. Fungsi Perawat Kamar Bedah

Perawat kamar bedah juga menjalankan fungsi perawat sebagaimana fungsi perawat di unit lain. Fungsi merupakan suatu pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan perannya fungsi tersebut. Dapat berubah disesuaikan dengan keadaannya dalam menjalankan perannya. Hidayat (2014) menjelaskan bahwa fungsi perawat sebagai berikut :

1) Fungsi Independen

Merupakan fungsi mandiri dan tidak bergantung dengan orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (kebutuhan oksigenasi, kebutuhan cairan dan elektrolit,

kebutuhan nutrisi, kebutuhan aktivitas dan lain-lain), pemenuhan keamanan dan kenyamanan, pemenuhan kebutuhan cinta-mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

2) Fungsi Dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan pesan atau instruksi dari perawat lain, sehingga sebagai pelimpahan tugas yang diberikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialisasi kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

3) Fungsi Interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang sifatnya ketergantungan diantara tim satu dengan tim yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam memberikan pelayanan seperti asuhan keperawatan dengan penyakit kompleks atau asuhan keperawatan di kamar bedah keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan dokter ataupun lainnya.

c. Sistem Organisasi Kamar Bedah

Kamar operasi atau kamar bedah yang lebih dikenal dengan OK. Singkatan dari bahasa Belanda *Operatin Kamar* (OK), yaitu suatu unit kerja yang terorganisir, sangat kompleks dan terintegrasi merupakan fasilitas untuk melaksanakan kegiatan operasi di rumah sakit. Sebuah kamar operasi merupakan ruang paling istimewa di rumah sakit, pengelolaannya bisa dikatakan paling khusus dibandingkan dengan ruangan lain pada umumnya. Di tempat ini dilakukan segala tindakan invasif terhadap tubuh manusia. Untuk menjamin tindakan operasi berjalan dengan lancar dan meminimalisir faktor-faktor pengganggu maka perlu pengendalian di kamar operasi, untuk meningkatkan kualitas pengelolaan kamar operasi, kerjasama yang baik sangat diperlukan antara personelnya, baik dokter, perawat, maupun personel operasi yang lain (Kemenkes, 2010).

3. Kepatuhan

a. Pengertian Kepatuhan

Dalam tata kelola perusahaan, kepatuhan (*compliance*) berarti mengikuti suatu spesifikasi, standar, atau hukum yang telah diatur dengan jelas yang biasanya diterbitkan oleh lembaga atau organisasi yang berwenang dalam suatu bidang tertentu. Lingkup suatu aturan dapat bersifat internasional maupun nasional, seperti misalnya standar internasional yang diterbitkan oleh ISO serta aturan-aturan nasional yang ditetapkan oleh Bank Indonesia untuk sektor perbankan di Indonesia (Pranoto, 2017).

Kepatuhan adalah merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Green dalam Notoatmodjo, 2017). Adapun menurut Kaplan dalam Rahman (2019), kepatuhan adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya.

Kelman dalam Sarwono (2017) mengemukakan perubahan sikap perilaku dan individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi, kemudian internalisasi. Kepatuhan individu yang berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru itu, dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda jenisnya yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut.

Kepatuhan dapat diartikan sebagai suatu bentuk respon terhadap suatu perintah, anjuran, atau ketetapan melalui suatu aktifitas konkrit. Teori ini menurut Sarwono (2017) didasarkan pada asumsi-asumsi :

- 1) Bahwa manusia umumnya melakukan sesuatu dengan cara yang masuk akal.
- 2) Manusia mempertimbangkan semua informasi yang ada.
- 3) Bahwa secara eksplisit maupun implisit manusia memperhitungkan implikasi tindakan mereka.

b. Perilaku Patuh

Rahman (2019) mengemukakan perilaku patuh dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu :

1) Faktor Predisposisi

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, keyakinan, nilai, kepercayaan, dan sebagainya. Faktor tersebut mempengaruhi perilaku seseorang dalam perilaku kesehatan.

2) Faktor Pendukung

Faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku. Faktor ini meliputi lingkungan fisik, tersedianya fasilitas atau sarana prasarana kesehatan.

3) Faktor Pendorong

Faktor yang memperkuat terjadinya perilaku. Faktor ini meliputi sikap dan praktek petugas kesehatan maupun tokoh masyarakat.

c. Faktor-Faktor Yang Mendukung Kepatuhan

Adapun faktor-faktor yang mendukung kepatuhan perawat menurut Rahman (2019) antara lain :

1) Pendidikan

Pendidikan perawat dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif, seperti penggunaan buku dan lain-lain.

2) Akomodasi

Suatu usaha yang dilakukan untuk memahami ciri kepribadian perawat yang dapat mempengaruhi kepatuhan.

3) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman sangat penting, kelompok penduduk dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan perawat terhadap pelaksanaan *checklist patient safety*.

4) Perubahan model terapi

Peraturan pelaksanaan *patient safety* dapat dibuat sederhana yang memungkinkan perawat dapat mentaatinya tanpa merasa terbebani.

5) Meningkatkan interaksi profesional petugas kesehatan

Merupakan sesuatu yang sangat penting untuk memberikan umpan balik pada perawat setelah memperoleh informasi mengenai pelaksanaan *patient safety*.

6) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang tidak disadari oleh pengetahuan. Menurut fungsinya pengetahuan merupakan dorongan dasar untuk ingin tahu untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya.

7) Usia

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur untuk melakukan kepatuhan.

d. Variabel Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan

Beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Rahman (2019) adalah :

- 1) Variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosial ekonomi dan pendidikan.
- 2) Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.
- 3) Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.

- 4) Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya finansial.

e. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Menurut Niven (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan terhadap sesuatu dapat digolongkan menjadi 4 bagian antara lain:

- 1) Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorang pun dapat mematuhi instruksi, jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan kepadanya.

- 2) Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dengan yang lainnya merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

- 3) Isolasi sosial

Petugas kesehatan dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan program pengobatan yang dapat mereka terima.

- 4) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Keyakinan seseorang tentang kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya kepatuhan. Orang-orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, memiliki ego yang lemah dan kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian pada diri sendiri.

4. Safety Cek List Surgery

Safety Cek List Surgery merupakan bagian dari *Safe Surgery Saves Lives* yang berupa alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. *Safety Cek List Surgery* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Safety Cek List Surgery* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. Tim bedah terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan

lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari *sign in*, *time out*, *sign out* sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Safety & Compliance, 2012).

Dalam pelaksanaan prosedur *Safety Cek List Surgery* meliputi tiga fase yaitu (Safety & Compliance, 2012) :

a. Pelaksanaan *Sign In*

Sign In adalah prosedur yang dilakukan sebelum induksi anestesi prosedur *Sign In* idealnya dilakukan oleh tiga komponen, yaitu pasien (bila kondisi sadar/memungkinkan), perawat anestesi dan dokter anestesi. Pada fase *Sign In* dilakukan konfirmasi berupa identitas pasien, sisi operasi yang sudah tepat dan telah ditandai, apakah mesin anestesi sudah berfungsi, apakah pulse oksimeter pada pasien berfungsi, serta faktor risiko pasien seperti apakah ada reaksi alergi, risiko kesulitan jalan nafas, dan adanya risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml. Langkah-langkah *Safety Cek List Surgery* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Sign In* adalah :

1) Konfirmasi identitas pasien

Koordinator *checklist* secara lisan menegaskan identitas pasien, jenis prosedur pembedahan, lokasi operasi, serta persetujuan untuk dilakukan operasi. Langkah ini penting dilakukan agar petugas kamar operasi tidak salah melakukan pembedahan terhadap pasien, sisi, dan prosedur pembedahan. Bagi pasien anak-anak atau pasien yang tidak memungkinkan untuk berkomunikasi dapat dilakukan kepada pihak keluarga, itulah mengapa dilakukan konfirmasi kepada pasien sebelum pembedahan.

2) Konfirmasi sisi pembedahan

Koordinator *checklist* harus mengkonfirmasi kalau ahli bedah telah melakukan penandaan terhadap sisi operasi bedah pada pasien (biasanya menggunakan marker permanen) untuk pasien dengan kasus lateralitas (perbedaan kanan atau kiri) atau beberapa struktur dan tingkat (misalnya jari tertentu, jari kaki, lesi kulit,

vertebrata) atau tunggal (misalnya limpa). Penandaan yang permanen dilakukan dalam semua kasus, bagaimanapun, dan dapat memberikan ceklist cadangan agar dapat mengkonfirmasi tempat yang benar dan sesuai prosedur.

3) Persiapan mesin pembedahan dan anestesi

Koordinator *checklist* melengkapi langkah berikutnya dengan meminta bagian anestesi untuk melakukan konfirmasi penyelesaian pemeriksaan keamanan anestesi, dilakukan dengan pemeriksaan peralatan anestesi, saluran untuk pernafasan pasien nantinya (oksigen dan inhalasi), ketersediaan obat-obatan, serta resiko pada pasien setiap kasus.

4) Pengecekan pulse oximetri dan fungsinya

Koordinator *checklist* menegaskan bahwa pulse oksimetri telah ditempatkan pada pasien dan dapat berfungsi benar sebelum induksi anestesi. Idealnya pulse oksimetri dilengkapi sebuah sistem untuk dapat membaca denyut nadi dan saturasi oksigen, pulse oksimetri sangat direkomendasikan oleh WHO dalam pemberian anestesi, jika pulse oksimetri tidak berfungsi atau belum siap maka ahli bedah anestesi harus mempertimbangkan menunda operasi sampai alat-alat sudah siap sepenuhnya.

5) Konfirmasi tentang alergi pasien

Koordinator *checklist* harus mengarahkan pertanyaan ini dan dua pertanyaan berikutnya kepada ahli anestesi. Pertama, koordinator harus bertanya apakah pasien memiliki alergi? Jika iya, apa itu? Jika koordinator tidak tahu tentang alergi pada pasien maka informasi ini harus dikomunikasikan.

6) Konfirmasi Resiko Operasi

Ahli anestesi akan menulis apabila pasien memiliki kesulitan jalan nafas pada status pasien, sehingga pada tahapan Sign In ini tim bedah dapat mengetahuinya dan mengantisipasi pemakaian jenis anestesi yang digunakan. Resiko terjadinya aspirasi dievaluasi sebagai bagian dari penilaian jalan nafas sehingga apabila pasien

memiliki gejala refluks aktif atau perut penuh, ahli anastesi harus mempersiapkan kemungkinan terjadi aspirasi. Resiko aspirasi dapat dikurangi dengan cara memodifikasi rencana anastesi, misalnya menggunakan teknik induksi cepat dan dengan bantuan asisten memberikan tekanan krikoid selama induksi untuk mengantisipasi aspirasi pasien yang telah dipuasakan enam jam sebelum operasi.

- 7) Konfirmasi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml (700ml/kg pada anak-anak)

Dalam langkah keselamatan, koordinator *checklist* meminta tim anastesi memastikan apa ada resiko kehilangan darah lebih dari setengah liter darah selama operasi karena kehilangan darah merupakan salah satu bahaya umum dan sangat penting bagi pasien bedah, dengan resiko syok hipovolemik terjadi ketika kehilangan darah 500ml (700ml/kg pada anak-anak), Persiapan yang memadai dapat dilakukan dengan perencanaan jauh-jauh hari dan melakukan resusitasi cairan saat pembedahan berlangsung.

b. Pelaksanaan *Time Out*

Time Out adalah prosedur keselamatan pembedahan pasien yang dilakukan sebelum dilakukan insisi kulit. *Time Out* dikoordinasi oleh salah satu dari anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *Time Out* setiap petugas kamar operasi memperkenalkan diri dan tugasnya, ini bertujuan agar diantara petugas operasi dapat saling mengetahui dan mengenal peran masing-masing. Sebelum melakukan insisi petugas kamar operasi dengan suara keras akan mengkonfirmasi mereka melakukan operasi dengan benar, pasien yang benar, serta mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan minimal 60 menit sebelumnya. Langkah-langkah *Safety Cek List Surgery* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Time Out* adalah sebelum melakukan insisi atau sayatan pada kulit, jeda sesaat harus diambil oleh tim untuk mengkonfirmasi bahwa beberapa keselamatan penting pemeriksaan harus dilakukan:

1) Konfirmasi nama dan peran anggota tim

Konfirmasi dilakukan dengan cara semua anggota tim memperkenalkan nama dan perannya, karena anggota tim sering berubah sehingga dilakukan manajemen yang baik yang diambil pada tindakan dengan resiko tinggi seperti pembedahan. Koordinator harus mengkonfirmasi bahwa semua orang telah diperkenalkan termasuk staf, mahasiswa, atau orang lain.

2) Anggota tim operasi melakukan konfirmasi secara lisan identitas pasien, sisi yang akan dibedah, dan prosedur pembedahan.

Koordinator *checklist* akan meminta semua orang berhenti dan melakukan konfirmasi identitas pasien, sisi yang akan dilakukan pembedahan, dan prosedur pembedahan agar tidak terjadi kesalahan selama proses pembedahan berlangsung. Sebagai contoh, perawat secara lisan mengatakan “sebelum kita melakukan sayatan pada kulit (*Time Out*) apakah semua orang setuju bahawa ini adalah pasien X?, mengalami Hernia Inguinal kanan?”. Ahli anastesi, ahli bedah, dan perawat secara eksplisit dan individual mengkonfirmasi kesepakatan, jika pasien tidak dibius akan lebih mudah membantu baginya untuk mengkonfirmasi hal yang sama.

3) Konfirmasi antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit terakhir

Koordinator *checklist* akan bertanya dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir, anggota tim yang bertanggung jawab dalam pemberian antibiotik profilaksis adalah ahli bedah, dan harus memberikan konfirmasi secara verbal. Jika antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit sebelum, tim harus mempertimbangkan pemberian ulang pada pasien.

4) Antisipasi Peristiwa kritis

Untuk memastikan komunikasi pada pasien dengan keadaan kritis, koordinaor *checklist* akan memimpin diskusi secara cepat antara ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat terkait bahaya kritis dan rencana selama pembedahan. Hal ini dapat dilakukan dengan

meminta setiap pertanyaan langsung dijawab, urutan diskusi tidak penting, tetapi masing-masing disiplin klinis saling berkomunikasi, isi diskusi meliputi:

- a) Untuk dokter bedah : langkah kritisapa, berapa lama kasus ini dilakukan, dan bagaimana antisipasi kehilangan darahDiskusi langkah-langkah kritis ini dimaksudkan untuk meminimalkan resiko pembedahan. Semua anggota tim mendapat informasi tentang resiko kehilangan darah, cedera, morbiditas. Kesempatan ini juga dilakukan untuk meninjau langkah-langkah yang mungkin memerlukan peralatan khusus, implan, atau persiapan yang lainnya.
 - b) Untuk dokter anastesi : kekhawatiran pada pasien yang mungkin terjadi Pada pasien dengan resiko untuk kehilangan darah besar, ketidakstabilan hemodinamik, atau morbiditas (seperti penyakit jantung, paru, aritmia, kelainan darah, dan lain-lain), anggota tim anastesi harus meninjau ulang rencana spesifik dan kekhawatiran untuk resusitasi khususnya. Dalam diskusi ini dokter anastesi cukup mengatakan, “saya tidak punya perhatian khusus mengenai hal ini.
 - c) Untuk perawat : konfirmasi sterilitas (termasuk hasil indikator) Masalah peralatan atau masalah apapun.
 - d) Perawat menanyakan kepada ahli bedah apakah alat-alat yang diperlukan sudah diperlukan sehingga perawat dapat memastikan instrumen di kamar operasi telah steril dan lengkap.
- 5) Pemeriksaan penunjang berupa foto perlu ditampilkan di kamar operasi
- Ahli bedah memberi keputusan apakah foto penunjang diperlukan dalam pelaksanaan operasi atau tidak.
- c. Pelaksanaan *Sign Out*
- Sign Out* adalah prosedur keselamatan pembedahan yang dilakukan oleh petugas kamar operasi sebelum penutupan luka,

dikoordinasi oleh salah satu anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *Sign Out* akan dilakukan review tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, dilakukan juga pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah yang perlu ditangani, selanjutnya langkah akhir adalah memusatkan perhatian pada manajemen post-operasi serta pemulihan pasien sebelum dipindah dari kamar operasi. Pemeriksaan keamanan ini harus diselesaikan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi, tujuannya adalah untuk memfasilitasi transfer informasi penting kepada tim perawatan yang bertanggung jawab untuk pasien setelah pembedahan. Langkah-langkah *Safety Cek List Surgery* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Sign Out* adalah :

1) Review pembedahan

Koordinator *checklist* harus mengkonfirmasi dengan ahli bedah dan tim apa prosedur yang telah dilakukan, dapat dilakukan dengan pertanyaan, “apa prosedur yang telah dilakukan?” atau sebagai konfirmasi, “kami melakukan prosedur X, benar?”

2) Penghitungan instrumen, spons, dan jumlah jarum

Perawat harus mengkonfirmasi secara lisan kelengkapan akhir instrumen, spons, dan jarum, dalam kasus rongga terbuka jumlah instrumen dipastikan harus lengkap, jika jumlah tidak lengkap maka tim harus waspada sehingga dapat mengambil langkah (seperti memeriksa tirai, sampah, luka, atau jika perlu mendapatkan gambar radiografi).

3) Pelabelan specimen

Pelabelan digunakan untuk pemeriksaan diagnostik patologi. Salah melakukan pelabelan berpotensi menjadi bencana untuk pasien dan terbukti menjadi salah satu penyebab error pada laboratorium. Perawat sirkuler harus mengkonfirmasi dengan benar dari setiap spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membacakan secara lisan nama pasien, deskripsi spesimen, dan setiap tanda berorientasi.

4) Konfirmasi masalah peralatan

Apakah ada masalah peralatan di kamar operasi yang bersifat universal sehingga koordinator harus mengidentifikasi peralatan yang bermasalah agar instrumen atau peralatan yang tidak berfungsi tidak mengganggu jalannya pembedahan di lain hari.

5) Ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat meninjau rencana pemulihan dan pengelolaan pasien

Sebelum pasien keluar dari ruang operasi maka anggota tim bedah memberikan informasi tentang pasien kepada perawat yang bertanggung jawab di ruang pemulihan (*recovery room*), tujuan dari langkah ini adalah transfer efisien dan tepat informasi penting untuk seluruh tim.

Dasar hukum *Safety Cek List Surgery* meliputi

- a. Rekomendasi WHO (*World Health Organization*) tentang *Patient Safety* dan *Safe Surgical Saves Live*.
- b. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1691/menkes/Per/VIII/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit yang tertuang dalam Bab IV Pasal 8 ayat 1 dan 2 yang isinya adalah : 1). Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien, 2). Sasaran keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi :
 - 1) Ketepatan identifikasi pasien.
 - 2) Peningkatan komunikasi yang efektif
 - 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
 - 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.
 - 5) Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - 6) Pengurangan resiko pasien jatuh

5. Teori Keperawatan

Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Menurut Kusnanto (2010), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan. Perawat

adalah sesuatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantuk memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien (Suwignyo, 2009).

Keperawatan sebagai ilmu juga memiliki paradigma sendiri dan sampai saat ini paradigma keperawatan masih berdasarkan empat komponen yang diantaranya yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dalam rentang sehat-sakit dan lingkungan. Sebagai disiplin ilmu, keperawatan akan selalu berkembang untuk mencapai profesi yang mandiri seiring dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan sehingga paradigma keperawatan akan terus berkembang (Hidayat, 2014). Untuk itu perawat sebagai bagian dari tim dituntut untuk terus meningkatkan ilmu dan kemampuan dirinya terutama dalam hal meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat.

Sebagai pemberi pelayan keperawatan, perawat mematuhi standar pelayanan dan SPO yang ditetapkan. Menerapkan prinsip-prinsip etik dalam pemberian pelayanan keperawatan. Memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan yang diberikan. Menerapkan kerjasama tim kesehatan yang handal dalam pemberian pelayanan kesehatan. Menerapkan komunikasi yang baik terhadap pasien dan keluarganya. Peka, proaktif dan melakukan penyelesaian masalah terhadap kejadian yang tidak diharapkan. Peran perawat dalam mendukung *patient safety* diantaranya (Depkes RI, 2016):

- a. Mengadakan promosi pada tingkat yang sesuai, pendidikan dan pelatihan kesehatan pekerja (perawat) pada keselamatan pasien dengan mendorong multi disiplin pendidikan profesional kesehatan, manajemen yang relevan dan administrasi staf dalam pengaturan kesehatan.

- b. Melaksanakan penyediaan dan penyebarluasan informasi kepada seluruh tenaga kesehatan terhadap pasien yang memiliki risiko keselamatan atau mengurangi mencegah kesalahan dan kerusakan, termasuk praktek-praktek keperawatan yang terbaik dan bagaimana keterlibatan mereka

WHO : World Alliance for Patient Safety, Forward Programme dalam Handayani (2013) menyatakan terdapat enam tujuan penanganan *patient safety* antara lain :

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
- b. Meningkatkan komunikasi secara efektif.
- c. Meningkatkan keamanan dari *high-alert medications*.
- d. Memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien.
- e. Mengurangi risiko infeksi dari pekerja kesehatan.
- f. Mengurangi risiko terjadinya kesalahan yang lebih buruk pada pasien.

Safety Cek List Surgery digunakan untuk memastikan bahwa seluruh tim operasi mempunyai pemahaman yang sama terhadap tindakan operasi yang akan dilakukan dan kondisi pasiennya, serta memastikan bahwa intervensi seperti antibiotik profilaksi dan pencegahan *deep vein thrombosis* sudah diberikan. *Check list* ini berisi 19 hal yang harus dilakukan dalam tiga tahap, sebelum induksi anestesi (*sign in*), sebelum insisi kulit (*time out*), dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi (*sign out*). Hal-hal yang tercantum dalam *check list* ini harus dikonfirmasi secara verbal kepada pasien dan anggota tim operasi. Pengertian dari *surgical safety check list* itu sendiri merupakan proses pengisian data pasien hasil dari pengkajian yang dilakukan oleh tim bedah sebelum pasien masuk ke kamar operasi, sebelum insisi dan setelah operasi pada form *surgical safety check list*. Mendokumentasikan dengan benar semua asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien antara lain : budaya *safety* meningkat dan berkembang komunikasi dengan pasien berkembang, kejadian tidak diharapkan menurun, peta kejadian tidak diharapkan selalu ada terkini, risiko klinis menurun, keluhan dan litigasi

berkurang, mutu pelayanan meningkat. Kewajiban perawat secara umum terhadap keselamatan pasien adalah mencegah malpraktek dan kelalaian dengan mematuhi standar, melakukan pelayanan keperawatan berdasarkan kompetensi, menjalin hubungan dengan pasien mendokumentasikan secara lengkap asuhah, teliti, obyektif dalam kegiatan mengikuti peraturan dan kebijakan insitusi dan peka terhadap cedera.

Penelitian ini mengenai hubungan antara kepatuhan *Safety Cek List Surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah berhubungan erat dengan perilaku, dimana Levine's Conservation Model difokuskan dalam mempromosikan adaptasi dan mempertahankan keutuhan menggunakan prinsip-prinsip konservasi. Panduan Model perawat untuk fokus pada pengaruh dan tanggapan pada tingkat organismic. Perawat menyelesaikan tujuan model melalui konservasi energi, struktur, dan integritas pribadi dan sosial. Meskipun konservasi adalah dasar hasil yang diharapkan saat model yang digunakan, Levine juga membahas dua konsep penting lainnya penting untuk penggunaan modelnya adaptasi dan keutuhan. Selama bertahun-tahun, perawat Myra Levine telah mengembangkan berbagai teori yang memberikan penjelasan yang berbeda dari disiplin keperawatan. Seperti dia Konservasi Model, semua berbagi teori empat konsep pusat atau utama: orang, lingkungan, keperawatan dan kesehatan. Selain ini, Levine Model meliputi (Buebeak, 2014):

- a. Seseorang adalah holistik sedang yang terus berupaya untuk menjaga keutuhan dan integritas dan satu yang hidup, berpikir, berorientasi masa depan, dan masa lalu-sadar. Keutuhan (integritas) dari tuntutan individu yang hidup "individu memiliki artinya hanya dalam konteks kehidupan sosial. Orang juga digambarkan sebagai individu yang unik dalam persatuan dan kesatuan, perasaan, percaya, berpikir dan seluruh sistem dari sistem.
- b. Lingkungan melengkapi keutuhan individu. Individu telah baik lingkungan internal dan eksternal.
- c. Lingkungan internal menggabungkan aspek fisiologi dan patofisiologi dari individu dan konstan ditantang oleh lingkungan eksternal.

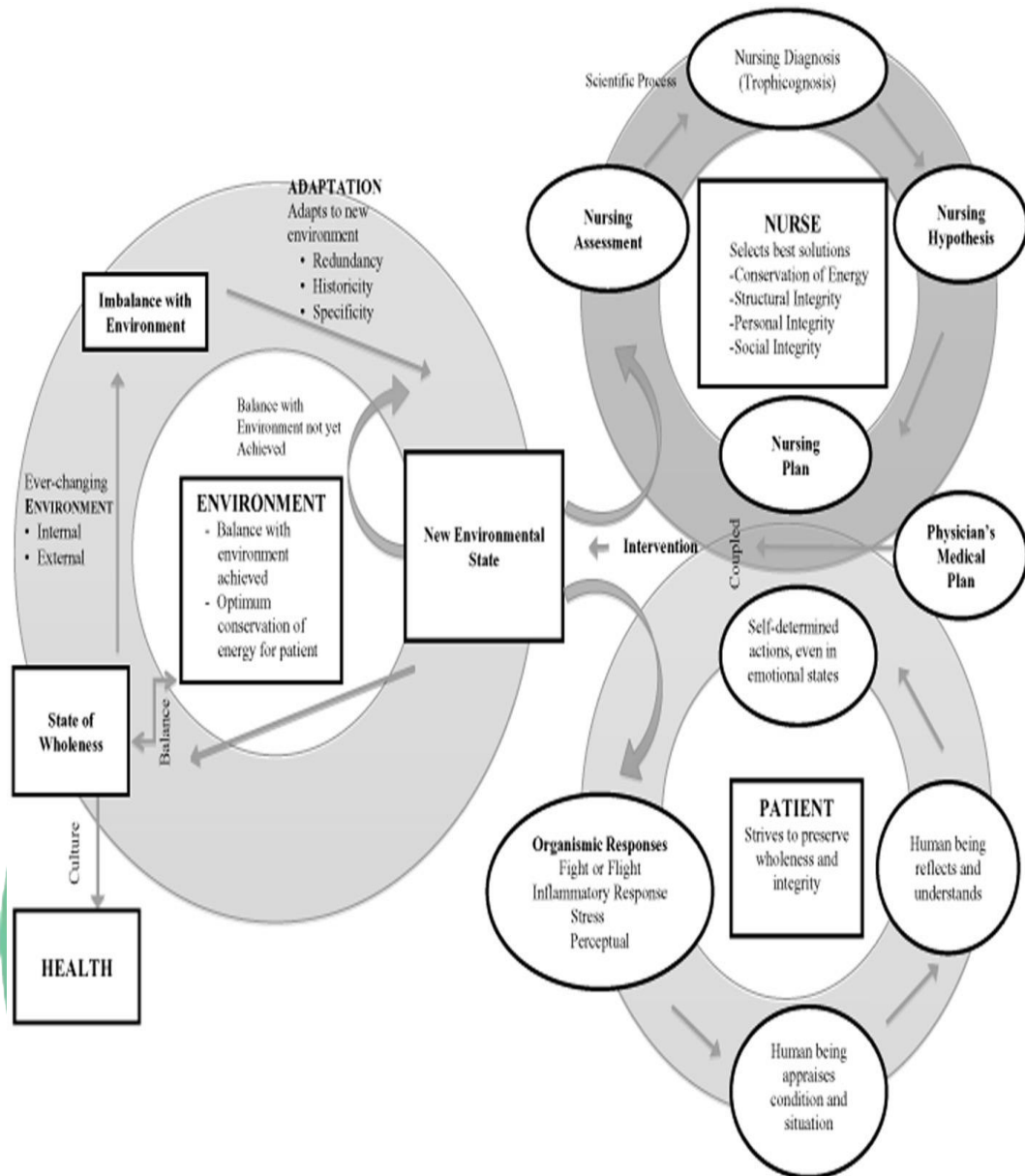
Lingkungan internal juga adalah integrasi dari fungsi tubuh yang menyerupai homeorrhesis daripada homeostasis dan tunduk terhadap tantangan dari lingkungan eksternal, yang selalu merupakan bentuk energi.

- d. Lingkungan eksternal dibagi ke dalam lingkungan persepsi, operasional, dan konseptual. Lingkungan persepsi adalah bagian dari lingkungan eksternal yang individu menanggapi dengan organ-organ indera mereka dan termasuk cahaya, suara, sentuhan, suhu, kimia perubahan yang berbau atau terasa, dan rasa posisi dan keseimbangan. Lingkungan operasional adalah bagian dari lingkungan eksternal yang berinteraksi dengan jaringan hidup meskipun individu tidak memiliki organ perasa yang dapat merekam adanya faktor-faktor dan mencakup semua bentuk radiasi, mikroorganisme, dan polutan. Dengan kata lain, unsur-unsur fisik dapat mempengaruhi individu tetapi tidak dirasakan oleh kedua. Lingkungan konseptual adalah bagian dari lingkungan eksternal yang terdiri dari bahasa, ide, simbol, dan konsep dan penemuan dan mencakup pertukaran bahasa, kemampuan berpikir dan pengalaman emosi, sistem nilai, keyakinan agama, etnis dan tradisi budaya, dan psikologis individu pola yang berasal dari pengalaman hidup.
- e. Kesehatan dan penyakit adalah pola perubahan adaptif. Kesehatan tersirat berarti persatuan dan kesatuan dan merupakan adaptasi keutuhan dan sukses.
- f. Perawatan melibatkan terlibat dalam "interaksi manusia". Perawat itu masuk ke dalam kemitraan pengalaman manusia di mana saat-saat berbagi dalam waktu beberapa sepele, beberapa dramatis-daun tandanya selamanya pada setiap pasien. Tujuan keperawatan adalah untuk mempromosikan adaptasi dan memelihara keutuhan (kesehatan).
- g. Seperti telah disebutkan di atas, Levine Model Konservasi dibahas bahwa cara di mana orang dan lingkungan menjadi kongruen dari waktu ke waktu. Ini adalah fit dari orang dengan kesulitan nya waktu dan ruang. Respon adaptif spesifik membuat konservasi yang mungkin

terjadi pada berbagai tingkatan; molekuler, fisiologis, emosional, psikologis, dan sosial. Tanggapan ini didasarkan pada tiga faktor: historisitas, spesifisitas dan redundansi.

Oleh karena itu, intervensi keperawatan berdasarkan teori Levine memiliki fokus saat ini dan jangka pendek dan tidak mendukung promosi kesehatan dan prinsip-prinsip pencegahan penyakit, meskipun ini adalah komponen penting dari praktek keperawatan saat ini. Dengan demikian, keterbatasan utama adalah fokus pada individu dalam keadaan sakit dan pada pasien ketergantungan. Selanjutnya, perawat memiliki tanggung jawab untuk menentukan kemampuan pasien untuk berpartisipasi dalam perawatan, dan jika persepsi perawat dan pasien tentang kemampuan pasien untuk berpartisipasi dalam perawatan tidak cocok, ketidakseimbangan ini akan menjadi daerah konflik (Buebeak, 2014).

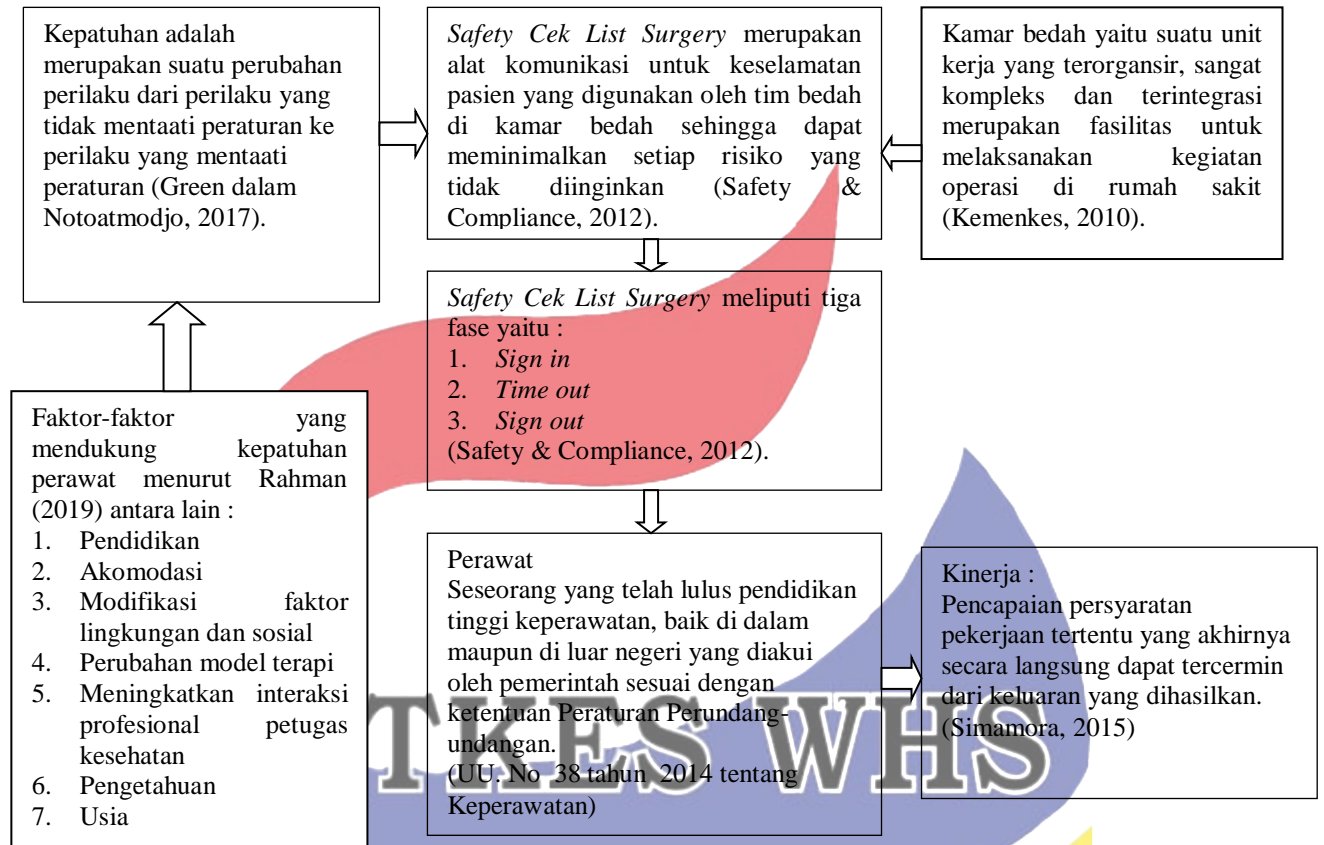




Skema 2.1. Kerangka Teori Keperawatan Levine
Sumber : Buebeak (2014)

B. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat dalam skema di bawah ini :



Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Green dalam Notoatmodjo (2017), Rahman (2019), Safety & Compliance (2012), Kemenkes (2010) dan Simamora (2015)

C. Hipotesis

Hipotesa adalah pernyataan yang diperlukan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus di uji kasahihnnya secara empiris (Nursalam, 2015). Hipotesis dapat dipandang sebagai kesimpulan yang sifatnya sangat sementara. Sehubungan dengan pendapat itu penulis berkesimpulan bahwa hipotesis adalah merupakan suatu jawaban atau dugaan sementara yang bisa dianggap benar dan bisa dianggap salah, sehingga memerlukan pembuktian dari kebenaran hipotesis tersebut melalui penelitian yang akan dilakukan. Adapun hipotesis dari penelitian ini adalah :

H_a : ada hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020.

H_0 : tidak ada hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020.



BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian survei analitik dan desain retrospektif. Retrospektif adalah suatu metode pengambilan data yang berhubungan dengan masa lalu. (Notoatmojo, 2015). Variabel independen dalam penelitian ini kepatuhan *safety cek list surgery*, sedangkan variabel dependen adalah kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. Tujuannya untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020.

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Nursalam, 2015). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori. Adapun kerangka teori dari penelitian adalah sebagai berikut :



Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Waktu penelitian.

Penelitian dilakukan pada bulan Juni 2020.

D. Populasi dan Sampel.

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2016). Populasi dari penelitian ini adalah semua perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan sebanyak 43 responden.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sugiyono, 2016). Menurut Arikunto (2016), menentukan jumlah sampel dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{43}{1 + 43(0,05^2)}$$

$$n = 38,8 \text{ dibulatkan menjadi } 39$$

$$n = 39$$

Keterangan :

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan (0,05)

Sehingga sampel pada penelitian ini adalah perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan sebanyak 39 orang. Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *consecutive sampling* yaitu semua populasi dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi (Sugiyono, 2016). Adapun kriteria sampel yang akan diteliti yaitu :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau yang layak untuk diteliti (Nursalam, 2015), kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu :

- 1) Perawat pelaksana yang bekerja di kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- 2) Bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan atau menghilangkan yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2015), kriteria eksklusi pada penelitian ini yaitu :

- 1) Perawat yang cuti/libur atau sakit pada saat penelitian dilaksanakan.
- 2) Perawat yang memegang jabatan fungsional (Kepala ruangan dan wakil kepala ruangan).

E. Variabel penelitian dan Defenisi Operasional

1. Variabel penelitian adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) menurut Soeparto, dkk dalam Nursalam (2015).

- a. Variabel bebas/*independent/intervensi* merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini variabel bebas adalah kepatuhan *safety cek list surgery*.

- b. Variabel terikat/*dependent* adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini variabel terikat adalah kinerja perawat kamar bedah.
2. Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2015).

Tabel 3.1. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Independen kepatuhan <i>safety cek list surgery</i>	Kewajiban seorang perawat kamar bedah untuk memenuhi <i>safety cek list surgery</i> kamar bedah yang telah ditetapkan demi tercapai keselamatan pasien selama berlangsungnya operasi dengan indikator berdasarkan lembar <i>safety cek list surgery</i> di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.	Lembar Observasi skala guttman skor jawaban : Ya : nilai 1 Tidak : nilai 0	1.Patuh : jika semua item <i>safety cek list surgery</i> diisi lengkap 2.Tidak Patuh : jika tidak melakukan satu atau lebih item <i>safety cek list surgery</i>	Ordinal
2	Kinerja perawat kamar bedah	Prestasi kerja atau hasil kerja (<i>output</i>) baik kualitas maupun kuantitas yang dicapai perawat kamar bedah persatuan periode waktu dalam melaksanakan tugas kerjanya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya	Kuesioner skala guttman skor jawaban : Ya : nilai 1 Tidak : nilai 0	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan mean, dimana data berdistribusi normal : 1. Baik : score $\geq 90,03$ 2. Kurang : score $< 90,03$	Ordinal

F. Alat Pengumpulan Data

1. Sumber data

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder sebagai sumber data. Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survey, dan lain sebagainya (Sugiyono, 2016). Data primer penelitian ini diperoleh dari hasil observasi dan kuesioner. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data atau informasi yang relevan dengan permasalahan penelitian. Pengumpulan data yang digunakan peneliti adalah kuesioner atau angket yang disesuaikan dengan tujuan penelitian dan mengacu pada konsep dan teori yang telah dibuat. Instrumen penelitian merupakan alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmojo, 2015).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi dan kuesioner yang terdiri dari :

- a. Bagian A berisi tentang kuesioner data demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja.
- b. Bagian B berisi tentang kuesioner pernyataan kinerja perawat yang diadopsi dari penelitian Putri (2017) sebanyak 29 pernyataan dilakukan di Rumah Sakit Ikhlas Pematang, yang mana nilai validitas diperoleh r hitung antara 0,523-0,807 sehingga seluruhnya lebih besar dari r tabel 0,500 artinya valid dan dapat digunakan, sedangkan reliabilitas diperoleh nilai $\text{Alpha} = 0,941 > 0,7$ artinya reliabilitas instrumen terpenuhi. Skala pengukuran menggunakan *skala likert*. Skor penilaiannya pernyataan *favorable* untuk sangat setuju skor 4, setuju skor 3, tidak setuju skor 2 dan sangat tidak setuju skor 1. Sedangkan pernyataan *unfavorable* untuk sangat setuju skor 1, setuju skor 2, tidak setuju skor 3 dan sangat tidak setuju skor 4.

Tabel 3.2. Kisi-Kisi Kuesioner Kinerja Perawat Kamar Bedah

No	Indikator	Jumlah Item Pernyataan	Nomor Item Pernyataan	
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
1	Akurasi	2	1, 2	
2	Prestasi	6	3, 4, 5, 6, 7,	8
3	Administrasi	3	9, 10, 11	
4	Komunikasi	4	12, 13, 14	15
5	Kompetensi	7	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	
6	Kerjasama	2	23	24
7	Kemampuan Interpersonal	3	26, 27	25
8	Pembelajaran	2	29	28

- c. Bagian C berisi tentang lembar observasi tentang kepatuhan *safety cek list surgery* dalam bentuk pernyataan tertutup. Skala pengukuran pengetahuan menggunakan *skala Gutman*, skala yang bersifat tegas dan konsisten seperti jawaban dari pernyataan ya atau tidak. *Skala Gutman* dapat dibuat dalam bentuk pilihan ganda atau dalam bentuk *check list*. Skor penilaiannya jika jawaban pernyataan ya maka nilainya 1, sedangkan jika jawabannya tidak maka nilainya 0.

Tabel 3.3. Kisi-Kisi Kuesioner Kepatuhan *Safety Cek List Surgery*

No	Indikator	Jumlah Item Pernyataan	Nomor Item Pernyataan	
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
1	Pelaksanaan <i>Sign In</i>	7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	-
2	Pelaksanaan <i>Time Out</i>	5	8, 9, 10, 11, 12	-
3	Pelaksanaan <i>Sign Out</i>	5	13, 14, 15, 16, 17	-

F. Uji Instrumen

Instrumen kuesioner kinerja perawat oleh peneliti sebelumnya sudah dilakukan uji instrument alat ukur penelitian di Rumah Sakit Ikhlas Pematang dimana kuesioner kinerja perawat tersebut sudah dinyatakan *reliable* dibuktikan dengan cronbach's alpha tiap pernyataan sebesar 0,941. Dikondisi wabah pandemik penyakit Covid-19 dimana pemerintah menganjurkan untuk menjaga jarak (*social distancing*) agar tidak terjadi penularan sehingga

peneliti tidak akan melakukan uji validitas lagi terhadap kuesioner kinerja perawat ini sebab oleh peneliti sebelumnya sudah pernah dilakukan uji validitas dan dinyatakan *reliable*. Sehingga peneliti akan langsung menggunakan kuesioner ini di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

G. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2015). Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti yang dilakukan di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan dengan prosedur sebagai berikut:

1. Prosedur administrasi
 - a. Membuat surat permohonan izin penelitian dari Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda yang ditujukan kepada RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
 - b. Setelah mendapatkan persetujuan dari Pimpinan RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, peneliti menyiapkan responden yang akan diteliti

2. Prosedur Covid-19

Sebelum berinteraksi dengan responden, penelitian menyiapkan Alat Pelindung Diri (APD) baik untuk peneliti maupun responden dan dipakai saat pengambilan data. Selain itu, diterapkan *physical distancing* untuk pencegahan penularan covid-19.

3. Prosedur teknis penelitian

Tahap pelaksanaan penelitian, dimulai dari:

- a. Peneliti mendatangi kepala ruangan kamar bedah RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, untuk memberikan surat izin pelaksanaan penelitian. Peneliti meminta kepala ruangan kamar bedah untuk menilai kinerja perawat dengan mengisi kuesioner kinerja masing-masing perawat yang telah ditentukan menjadi responden.
- b. Peneliti mengobservasi data *Safety Cek List Surgery* yang sudah dibuat responden di bulan Juni 2020.

- c. Setelah selesai observasi *Safety Cek List Surgery* dan kuesioner kinerja selesai diisi seluruhnya oleh kepala ruangan kamar bedah RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, peneliti mengecek kembali kelengkapannya. Setelah data terisi lengkap kemudian dilakukan tabulasi data dan pengolahan analisis data.

4. Teknik Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian akan dilakukan pengolahan data. Agar penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka data diolah peneliti (Notoatmojo, 2015) dengan tahapan sebagai berikut :

- a. Editing Data

Melakukan pengecekan kelengkapan data, diantaranya kelengkapan ketentuan identitas dan hanya mencantumkan kode saja (*anonym*), kemudian mengisi kelengkapan data yaitu memeriksa instrumen pengumpulan data dan kelengkapan isian data jika di dalam instrumen terdapat sebuah atau beberapa *item* yang tidak dikehendaki peneliti.

- b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding adalah usaha pengklasifikasian data dari para responden menurut macamnya. Dalam melakukan *coding*, data responden diklasifikasikan dengan menggunakan kode tertentu berupa angka.

Jenis kelamin : kode 1 yaitu laki-laki dan kode 2 yaitu perempuan

Pendidikan : kode 1 yaitu D3, kode 2 yaitu D4, kode 3 yaitu S1, kode 4 yaitu Ners.

- c. Pemindahan Data

Kegiatan memasukkan data yang telah dilakukan *coding* memakai fasilitas komputer.

- d. Tabulasi Data

Kegiatan meringkas data yang masuk kedalam tabel yang disusun sesuai kebutuhan menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai tujuan penelitian.

I. Teknik Analisa Data

Analisa data suatu penelitian biasanya melalui prosedur bertahap (Notoatmojo, 2012), yaitu:

1. Uji Normalitas

Hasil uji normalitas pada variabel kinerja perawat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.4. Uji Normalitas

Variabel	Mean	Media n	SD	Min - Mak	Skewness / std error	Kurtosis / std error	Kolmogoro v - Smirnov	Shapiro - Wilk
Kinerja Perawat	90,03	90	5,792	79- 104	0,276 / 0,378	-0,406 / 0,741	0,200	0,782

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel uji normalitas di atas diketahui bahwa :

- 1) Koefisien varian : dihitung dengan rumus (standar deviasi dibagi mean) x 100% = $(5,792 : 90,03) \times 100\% = 6,43\%$, karena nilai hasil di bawah 30 maka dapat disimpulkan distribusi data normal.
- 2) Rasio skewness : dihitung dengan rumus skewness dibagi standar error of skewness = $0,276 : 0,378 = 0,730$, karena kriteria normal -2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data normal.
- 3) Rasio kurtosis : dihitung dengan rumus kurtosis dibagi standar error of kurtosis = $-0,406 : 0,741 = -0,548$, karena kriteria normal -2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data normal.
- 4) Grafik histogram bentuknya menyerupai bel shape yang berarti distribusi data normal.
- 5) Q-Q plot, secara teoritis, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis. Terlihat bahwa data menyebar disekitar garis, jadi dapat dikatakan bahwa distribusi data normal.
- 6) Deterended normal Q-Q, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis (angka nol). Terlihat bahwa data terdapat disekitar garis (angka nol), dapat disimpulkan bahwa distribusi data normal.
- 7) Box plot terlihat simetris, maka disimpulkan distribusi data normal.

- 8) Hasil uji Kolmogorov – Smirnov dengan nilai p value $0,200 > 0,05$, yang berarti distribusi data normal.
- 9) Hasil uji Shapiro - Wilk dengan nilai p value $0,782 > 0,05$, yang berarti distribusi data normal.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa uji normalitas untuk data kinerja perawat adalah distribusi data normal, dikarenakan 9 dari 9 uji normalitas menyatakan distribusi data normal, sehingga *cut of point* kinerja perawat menggunakan mean.

2. Analisa Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Untuk melakukan analisa data secara univariat digunakan distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi (Notoatmojo, 2015), dengan rumus:

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase

F = Frekuensi responden untuk setiap pertanyaan yang ada

N = Besar sampel

3. Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisa yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisa ini bertujuan untuk mengetahui hubungan variabel independen yang dihubungkan dengan variabel dependen. Analisa bivariat pada penelitian ini menggunakan uji *Fisher Exact* dikarenakan tidak memenuhi syarat *Chi Square* yaitu tidak boleh ada 1 cell saja yang memiliki frekuensi harapan atau disebut juga *expected count* (“Fh”) kurang dari 5. Sedangkan pada penelitian ini diperoleh 1 cells (25.0%) memiliki frekuensi harapan atau disebut juga *expected count* (“Fh”) kurang dari 5.

Keputusan uji :

P value $\leq \alpha$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak

P value $> \alpha$ maka H_a ditolak dan H_0 diterima

J. Etika Penelitian

Nursalam (2015) menjelaskan bahwa dalam melakukan penelitian menekankan prinsip etika penelitian yang meliputi:

1. Prinsip Manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian yang dilaksanakan hanya mengisi kuesioner sehingga responden bebas dari bahaya.

b. Bebas dari Eksploitasi

Penelitian yang dilaksanakan ini hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan sehingga nama responden disembunyikan.

c. Risiko (*benefits ratio*)

Peneliti mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Responden mempunyai hak memutuskan bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Peneliti memberikan penjelasan secara terperinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek

c. *Informed Consent*

Responden diberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *Informed Consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Responden mendapatkan perlakuan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi.

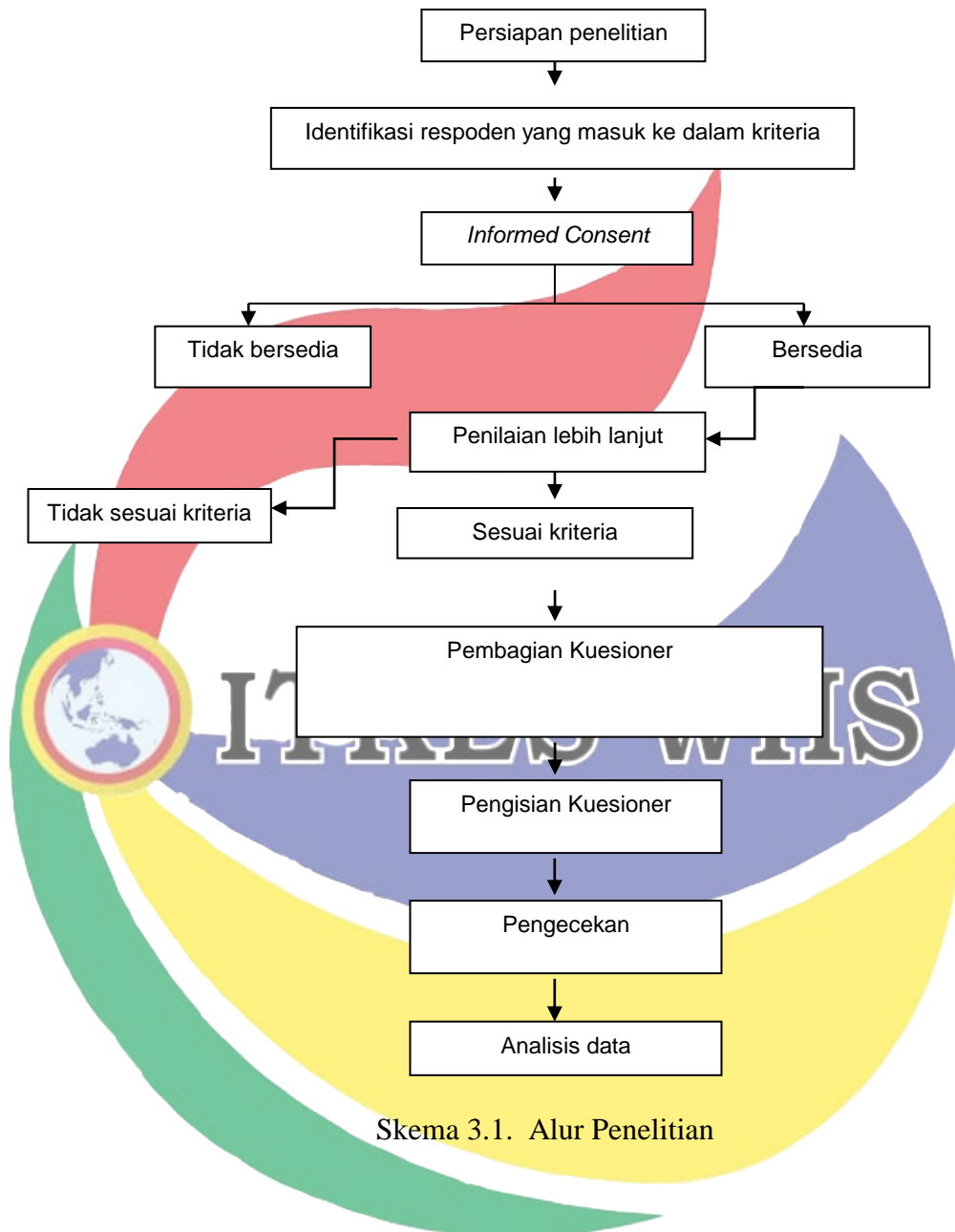
b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).



K. Alur Penelitian

Jalannya penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014).



Skema 3.1. Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum

a. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jl. M.T. Haryono (Ring Road) No. 656 Kelurahan Batu Ampar, Balikpapan Utara Kalimantan Timur. RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan berkedudukan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Provinsi yang merupakan unsur pelaksana tertentu dibidang pelayanan kesehatan yang berbentuk Lembaga Teknis Daerah yang dipimpin oleh seorang Kepala dengan sebutan Direktur yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah Provinsi Kalimantan Timur.

RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan diresmikan pada tanggal 10 Februari 2015. Dasar pembentukan RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan adalah Peraturan Daerah Kota Balikpapan Nomor 7 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Balikpapan Nomor 7 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, sebagai berikut:

- 1) Tugas Pokok:
 - a) Melaksanakan perumusan, pengendalian dan melaksanakan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan.
 - b) Pelaksanaan pelayanan kesehatan dikelola dengan standar mutu dan kendali biaya.
 - c) Standar mutu dan kendali biaya mengacu pada Standar Pelayanan Minimal RSUD.

2) Fungsi dan Uraian Tugas:

- a) Pelaksanaan sebagian kewenangan Pemerintah Daerah di bidang penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan serta melaksanakan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan.
- b) Penyiapan bahan koordinasi perumusan kebijakan umum Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan pada RSUD.
- c) Penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis operasional di bidang pelayanan kesehatan pada RSUD.
- d) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
- e) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua sesuai kebutuhan medis.
- f) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya aparatur dalam upaya peningkatan profesional pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD.
- g) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.
- h) Penyelenggaraan pelayanan rujukan.
- i) Pembinaan, pengaturan dan pengendalian pelayanan medis.
- j) Pembinaan, pengaturan dan pengendalian pelayanan keperawatan dan kebidanan.
- k) Pembinaan, pengaturan dan pengendalian pelayanan penunjang medis.
- l) Pengelolaan ketatausahaan dan keuangan.
- m) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya.

Visi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan yaitu “menjadi rumah sakit rujukan regional Kalimantan Timur yang berdaulat tahun 2023”, dengan misi yaitu:

- 1) Menyediakan pelayanan sesuai standar nasional akreditasi Rumah Sakit dengan unggulan pelayanan Kanker Terpadu
- 2) Meningkatkan kinerja keuangan yang akuntabel dan transparan
- 3) Mewujudkan Rumah Sakit yang ramah lingkungan.

RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan terdapat Kamar Bedah. Falsafah dari Kamar Bedah adalah memberikan pelayanan pembedahan yang terbaik tanpa membedakan suku, agama, jenis kelamin, adat istiadat, politik dan sosial ekonomi dalam pelayanan kesehatan dan ditunjang dengan pengembangan sumber daya manusia. Tujuannya memberikan pelayanan pembedahan untuk seluruh lapisan masyarakat sesuai prasarana dan sarana yang ada. Mendahulukan kepentingan pasien, melaksanakan tindakan pembedahan yang bermutu dan professional, serta meningkatkan kesejahteraan pegawai kamar operasi. Misi dari Kamar Bedah adalah melakukan pelayanan pembedahan secara aman, cepat, dan ramah oleh tenaga spesialis yang professional. Kamar Bedah melayani pasien yang berasal dari poliklinik, IGD, Paviliun, dan ruang perawatan meliputi :

- 1) Bedah Umum
- 2) Bedah Obgyn
- 3) Bedah Orthopedi
- 4) Bedah Urologi
- 5) Bedah Anak
- 6) Bedah Syaraf
- 7) Bedah Mata
- 8) Bedah Mulut
- 9) Bedah THT
- 10) Bedah Kulit dan Kelamin
- 11) Bedah Onkologi
- 12) Bedah Plastik

13) Bedah TKV

14) Bedah Digestiv

Tenaga perawat yang ada di Kamar Bedah sebanyak 43 orang termasuk kepala ruang dan wakil kepala ruang dibawah pimpinan Kepala Kamar Bedah, dengan responden yang dipilih pada penelitian ini yaitu perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan sebanyak 39 orang. Kamar Bedah ditunjang dengan peralatan canggih salah satunya alat bedah laparascopy, bedah jantung dan urologi. Jumlah pasien yang dioperasi rata-rata antara 100 – 200 pasien /bulan.

b. Karakteristik Responden

Karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja responden perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1. Karakteristik Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Masa Kerja Pada Responden Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, Juli 2020 (n=39)

Variabel	Kategori	f	Persentase (%)
Usia	20-29 tahun	9	23,1
	30-39 tahun	27	62,2
	40-49 tahun	3	7,7
	Jumlah	39	100
Jenis Kelamin	Laki-laki	12	30,8
	Perempuan	27	69,2
	Jumlah	39	100
Pendidikan	DIII Keperawatan	26	66,7
	S1 Keperawatan	6	15,4
	Ners	7	17,9
	Jumlah	39	100
Masa Kerja	1-5 tahun	7	17,9
	≥ 5 tahun	32	82,1
	Jumlah	39	100

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.1 mengenai usia responden, diketahui paling banyak usia responden antara 30-39 tahun yaitu sebanyak 27 responden (62,2%), sedangkan paling rendah usia responden antara 40-49 tahun yaitu 3 responden (7,7%). Jenis kelamin responden, diketahui sebagian besar jenis kelamin responden perempuan yaitu sebanyak 27

responden (69,2%), sedangkan jenis kelamin responden laki-laki yaitu sebanyak 12 responden (30,8%). Pendidikan responden, diketahui sebagian besar lulusan D3 Keperawatan yaitu sebanyak 26 responden (66,7%), sedangkan paling sedikit lulusan S1 Keperawatan yaitu sebanyak 6 responden (15,4%). Masa kerja responden, diketahui paling banyak masa kerja antara ≥ 5 tahun yaitu sebanyak 32 responden (82,1%), sedangkan masa kerja antara 1–5 tahun yaitu sebanyak 7 responden (17,9%).

2. Analisis Univariat

- a. Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Pada Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Kepatuhan *safety cek list surgery* pada perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.2. Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Pada Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, Juli 2020 (n=39)

Kepatuhan <i>Safety Cek List Surgery</i>	f	Persentase (%)
Patuh	28	71,8
Tidak Patuh	11	28,2
Jumlah	39	100

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.2 di atas, diketahui sebagian besar responden patuh terhadap *safety cek list surgery* yaitu sebanyak 28 responden (71,8%), sedangkan responden yang kurang patuh terhadap *safety cek list surgery* sebanyak 11 responden (28,2%).

- b. Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.3. Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, Juli 2020 (n=39)

Kinerja Perawat	f	Persentase (%)
Baik	27	69,2
Kurang Baik	12	30,8
Jumlah	39	100

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.3 di atas, diketahui sebagian besar responden memiliki kinerja baik yaitu sebanyak 27 responden (69,2%), sedangkan responden yang kinerja kurang baik sebanyak 12 responden (30,8%).

3. Analisis Bivariat

Untuk menganalisis hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, dapat dilihat pada tabel bawah ini:

Tabel 4.4. Hubungan Antara Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Dengan Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, Juli 2020 (n=39)

No	Kepatuhan <i>Safety Cek List Surgery</i>	Kinerja Perawat				Total	%	p value
		Baik		Kurang Baik				
		n	%	n	%			
1	Patuh	24	61,5	4	10,3	28	71,8	
2	Kurang Baik	3	7,7	8	20,5	11	28,2	*0,001
	Jumlah	27	69,2	12	30,8	39	100	

* Analisis *Fisher's Exact Test* $p < / > \alpha$

$\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 4.4 diperoleh 28 responden yang patuh terhadap *safety cek list surgery*, maka proporsi tertinggi pada kinerja baik berjumlah 24 responden (61,5%), namun terdapat kinerja kurang baik berjumlah 4 responden (10,3%). Sedangkan 11 responden yang kurang patuh terhadap *safety cek list surgery*, maka proporsi tertinggi pada kinerja kurang baik berjumlah 8 responden (20,5%), namun terdapat kinerja baik berjumlah 3 responden (7,7%). Hasil uji statistik diperoleh hasil *p value* : $0,001 < \alpha : 0,05$ sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima yaitu ada hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

B. Pembahasan

1. Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Pada Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kepatuhan *safety cek list surgery* pada perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan diketahui sebagian besar responden patuh terhadap *safety cek list surgery* yaitu sebanyak 28 responden (71,8%), sedangkan responden yang kurang patuh terhadap *safety cek list surgery* sebanyak 11 responden (28,2%).

Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan Selano (2019) menunjukkan bahwa dari 23 responden diketahui yang mengisi lembar *Surgical Safety Checklist* dengan tidak lengkap sebanyak 18 responden (78,3 %). Penelitian Trisna (2016) menunjukkan bahwa kepatuhan tim bedah dalam kategori patuh berjumlah 18 orang (60%). Penelitian Emilia (2018) menunjukkan bahwa kepatuhan tim bedah dalam penerapan *Surgical Safety Checklist* hanya 64% dan ada 36% (49 pasien) tidak dilakukan sepenuhnya (tidak patuh).

Safety Cek List Surgery adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Safety Cek List Surgery* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. Tim bedah terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari *sign in, time out, sign out* sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Safety & Compliance, 2012).

Dalam pelaksanaan prosedur *Safety Cek List Surgery* meliputi tiga fase yaitu *Sign In* adalah prosedur yang dilakukan sebelum induksi anastesi prosedur *Sign In* idealnya dilakukan oleh tiga komponen, yaitu pasien (bila kondisi sadar/memungkinkan), perawat anastesi dan dokter anastesi. Pada fase *Sign In* dilakukan konfirmasi berupa identitas pasien, sisi operasi yang sudah tepat dan telah ditandai, apakah mesin anastesi sudah berfungsi, apakah pulse oksimeter pada pasien berfungsi, serta faktor

resiko pasien seperti apakah ada reaksi alergi, resiko kesulitan jalan nafas, dan adanya resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml. *Time Out* adalah prosedur keselamatan pembedahan pasien yang dilakukan sebelum dilakukan insisi kulit. *Time Out* dikoordinasi oleh salah satu dari anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *Time Out* setiap petugas kamar operasi memperkenalkan diri dan tugasnya, ini bertujuan agar diantara petugas operasi dapat saling mengetahui dan mengenal peran masing-masing. Sebelum melakukan insisi petugas kamar operasi dengan suara keras akan mengkonfirmasi mereka melakukan operasi dengan benar, pasien yang benar, serta mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan minimal 60 menit sebelumnya. *Sign Out* adalah prosedur keselamatan pembedahan yang dilakukan oleh petugas kamar operasi sebelum penutupan luka, dikoordinasi oleh salah satu anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *Sign Out* akan dilakukan review tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, dilakukan juga pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah yang perlu ditangani, selanjutnya langkah akhir adalah memusatkan perhatian pada manajemen post-operasi serta pemulihan pasien sebelum dipindah dari kamar operasi. Pemeriksaan keamanan ini harus diselesaikan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi, tujuannya adalah untuk memfasilitasi transfer informasi penting kepada tim perawatan yang bertanggung jawab untuk pasien setelah pembedahan (Safety & Compliance, 2012).

Hal yang menyebabkan rendahnya pengisian checklist ini menurut adalah kurangnya pelatihan sebelumnya dan kurangnya kerjasama diantara anggota tim operasi. Keberhasilan penerapan *safety cek list surgery* tergantung pada pelatihan staf untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan. Tidak dapat diasumsikan bahwa pengenalan checklist secara otomatis akan mengarahkan pada hasil yang lebih baik. Selain itu komunikasi dengan staf sangat penting untuk memperbaiki kepatuhan (Melekie & Getahun, 2015).

Pendokumentasian yang tidak lengkap atau salah dalam pengisian saat fase *time out* ini berkaitan dengan kesadaran evaluasi pasca operasi yang kurang dianggap penting. Meskipun telah melewati masa kritis pada keselamatan pasien, namun operator dokter bedah, dokter anastesi dan perawat seharusnya melakukan review masalah utama apa yang harus diperhatikan untuk penyembuhan dan manajemen pasien selanjutnya (Wangoo, Ray, & Ho, 2016)

Penerapan standar pelayanan keperawatan kamar bedah di rumah sakit dilaksanakan dalam upaya meminimalkan angka Kejadian Nyaris Cera (KNC), kejadian tidak diinginkan (KTD) dan sentinel melalui peningkatan mutu pelayanan keperawatan. Strategi dalam penerapan standar pelayanan keperawatan dimulai sebelum (pre) pembedahan, selama (intra) pembedahan dan setelah (post) pembedahan (Siagian, 2011). Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat di dalam melaksanakan *patient safety* didapatkan hasil ada hubungan antara lama bekerja dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang (Ni Luh Putu, dkk 2013). Lama kerja ini merupakan waktu dimana perawat mulai bekerja sebagai karyawan tetap rumah sakit hingga saat ini. Masa kerja lama (senior) akan mendapatkan pengalaman yang lebih banyak dari pada yang memiliki masa kerja yang pendek. Semakin lama perawat bekerja, semakin banyak kasus spesifik yang ditangani sehingga semakin meningkatkan pengalaman (pemikiran dan tindakan).

Namun terdapat banyak faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendokumentasian *safety cek list surgery*. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan *safety cek list surgery* antara lain belum adanya kebijakan sasaran keselamatan pasien dan penerapan *safety cek list surgery*, kurang sosialisasi SPO untuk perawat, kurangnya pengetahuan tentang *safety cek list surgery*, kurang kesadaran pentingnya *safety cek list surgery*, merasa pengisian *safety cek list surgery* sebagai beban kerja tambahan (Sandrawati, 2013).

2. Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan diketahui sebagian besar responden memiliki kinerja baik yaitu sebanyak 27 responden (69,2%), sedangkan responden yang kinerja kurang baik sebanyak 12 responden (30,8%).

Hasil penelitian yang dilakukan Putri (2017) menunjukkan bahwa sikap berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam penerapan sistem keselamatan pasien di Rumah Sakit Ikhlas Pematang. Hasil penelitian Haryati (2012) melakukan penelitian yang menunjukkan hasil bahwa ada hubungan signifikan antara kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat. Sumber daya manusia merupakan faktor yang sangat berharga oleh karena itu perusahaan bertanggung jawab untuk memelihara kualitas kehidupan kerja dan membina tenaga kerja agar bersedia memberikan kontribusi secara optimal untuk mencapai tujuan perusahaan.

Kinerja perawat merupakan hasil kerja perawat dalam suatu rumah sakit. Menurut Mangkunegara (2000) kinerja karyawan adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seseorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggungjawab yang diberikan kepadanya. Aspek kinerja SDM sangat diperlukan dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit. Penilaian hasil kerja perawat berkaitan dengan materis sistem keselamatan pasien, menggunakan 8 indikator yaitu akurasi, prestasi, komunikasi, kompetensi, kerjasama, kemampuan interpersonal dan pembelajaran. Faktor tersebut berpengaruh dalam penerapan sistim keselamatan pasien (Kuncoro, 2012).

Menurut Depkes RI (2018) peran perawat sebagai tenaga kerja kesehatan bertanggung jawab secara etis untuk kesembuhan klien saat hospitalis. Hal ini menjadi salah satu indikator penting dalam standar pelayanan kesehatan keperawatan, karena dengan diterapkan system patient safety dengan baik, maka dapat diukur kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Mencegah terjadinya cedera

yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan adalah tujuan keselamatan pasien di rumah sakit.

Perawat yang melaksanakan penerapan keselamatan pasien berarti mereka telah mengetahui sistem keselamatan pasien yang baik. Sedangkan perawat yang tidak menerapkan keselamatan pasien selain karena faktor tidak tahu juga dikarenakan adanya beban kerja lain yang harus diselesaikan dalam jangka waktu tertentu.

3. Hubungan Antara Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Dengan Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, diperoleh 28 responden yang patuh terhadap *safety cek list surgery*, maka proporsi tertinggi pada kinerja baik berjumlah 24 responden (61,5%), namun terdapat kinerja kurang baik berjumlah 4 responden (10,3%). Sedangkan 11 responden yang kurang patuh terhadap *safety cek list surgery*, maka proporsi tertinggi pada kinerja kurang baik berjumlah 8 responden (20,5%), namun terdapat kinerja baik berjumlah 3 responden (7,7%). Hasil uji statistik diperoleh hasil *p value* : $0,001 < \alpha : 0,05$ sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima yaitu ada hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan Selano (2019) tidak ada hubungan lama kerja perawat dengan kepatuhan pengisian surgical safety checklist di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Swasta Semarang dengan. Penelitian Trisna (2016) ada hubungan antara persepsi tim bedah dengan kepatuhan penerapan *surgical patient safety*. Penelitian Amiruddin (2018) tidak terdapat hubungan bermakna antara kepatuhan tim bedah dengan tidak terjadinya infeksi luka operasi pada pasien seksio sesarea. Penelitian Suhada (2019) terdapat hubungan antara tingkat kepatuhan perawat terhadap SOP perawatan luka dengan proses penyembuhan luka pasien pascabedah di RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor. Penelitian

Yuliati (2019) terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan pelatihan dalam penerapan SSC.

Sebagai tenaga professional kesehatan dengan jumlah yang paling besar, maka perawat harus menyadari perannya sehingga harus dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan *patient safety*. Kerja keras perawat tidak dapat mencapai level optimal jika tidak didukung dengan sarana prasarana, manajemen rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya (Yuliati, 2019). Sasaran keselamatan pasien yang pertama berdasarkan 6 Goals keselamatan pasien di Rumah Sakit yaitu ketepatan indentifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan kewaspadaan terhadap *high alert drugs*, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien operasi, pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan resiko pasien jatuh (KARS, 2017).

Penggunaan *Safety Checklist Surgery* menurut WHO (2016) dikaitkan dengan perbaikan perawatan pasien yang sesuai dengan standar proses keperawatan termasuk kualitas kerja tim perawat kamar operasi. Penggunaan *Safety Checklist Surgery* memberikan banyak manfaat terutama dalam mengurangi insiden yang membahayakan keselamatan pasien. *Safety Checklist Surgery* pada dasarnya adalah sebuah menggambarkan perilaku keselamatan pasien yang harus diterapkan dalam pelaksanaan kegiatan di kamar operasi. Agar pemakaian *Safety Checklist Surgery* menjadi efektif, dibutuhkan perawat kamar operasi yang konsisten dalam menerapkan sikap dan menjaga budaya keselamatan pasien dan konsisten melaksanakan prosedur keselamatan pasien serta tim ruang operasi yang kompak.

Salah satu upaya untuk menjaga keselamatan pasien (*patient safety*) di ruang operasi yaitu menerapkan *Standard Operational Procedure* (SOP) dalam setiap tindakan perawat, dengan menggunakan formulir *surgical safety checklist*. Keselamatan pasien (*patient safety*) bertujuan untuk meningkatkan pelayanan dan menghindari tuntutan malpraktik. *Standard Operational Prosedure* (SOP) adalah standar yang harus di jadikan acuan dalam memberikan setiap pelayanan. Standar

kinerja ini sekaligus dapat digunakan untuk menilai kinerja instansi pemerintah secara internal maupun eksternal. Menurut Gibson yang dikutip oleh Ilyas (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja salah satunya adalah psikologis. Faktor psikologis salah satunya terdiri dari persepsi.

Penggunaan *surgical safety checklist* memberikan banyak manfaat terutama dalam mengurangi insiden yang membahayakan keselamatan pasien. *Surgical Safety Checklist (SSC)* pada dasarnya adalah sebuah menggambarkan perilaku keselamatan pasien yang harus diterapkan dalam pelaksanaan kegiatan di kamar operasi. Agar pemakaian *surgical safety checklist* menjadi efektif, dibutuhkan perawat kamar operasi yang konsisten dalam menerapkan sikap dan menjaga budaya keselamatan pasien dan konsisten melaksanakan prosedur keselamatan pasien serta tim ruang operasi yang kompak. Dalam penerapan *surgical safety checklist* di kamar operasi dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu pendidikan, pengetahuan, sikap, perilaku dan motivasi perawat.

Peran perawat dalam penerapan *surgical safety checklist* akan membantu mengurangi angka kejadian insiden. Semua insiden tersebut mengindikasikan belum dilaksanakan secara optimal dari penerapan *surgical safety checklist*. Keselamatan pasien terutama dikamar operasi menjadi masalah terbesar dikarenakan pada saat tindakan operasi terjadi kesalahan insisi pada sisi operasi karena tidak dilakukan skin marker, kulit pasien terbakar karena cara penempatan negatif netral kabel tidak tepat, ketinggalan benda asing di dalam rongga tubuh karena penghitungan alat yang tidak konsisten dilakukan bahkan hasil material dilaporkan oleh petugas laboratorium pathologi anatomy rusak sehingga disini dikatakan bahwa keselamatan pasien tergantung total pada penanganan tenaga medis dan perawat di ruang operasi.

Oleh karena itu, tenaga kesehatan yang bertugas di kamar operasi terutama perawat, harus dapat menampilkan perilaku profesionalisme. Salah satu bentuk perilaku profesionalisme di kamar operasi adalah bagaimana penerapan *surgical safety checklist* yang menjadi standar

prosedur baku bagi keselamatan pasien di kamar operasi.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini masih terdapat berbagai kelemahan dan kekurangan, walaupun peneliti berupaya semaksimal mungkin dengan berbagai usaha untuk membuat hasil penelitian ini menjadi sempurna. Peneliti menyadari bahwa keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu pengambilan data pada penelitian ini hanya didasarkan pada data *safety cek list surgery* yang sudah ada, tidak mengobservasi langsung dikarenakan adanya pandemi covid-19.



BAB V PENUTUP

A. Simpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, disimpulkan bahwa:

1. Kepatuhan *safety cek list surgery* pada perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan sebagian besar patuh terhadap *safety cek list surgery* yaitu sebanyak 28 responden (71,8%), sedangkan kurang patuh terhadap *safety cek list surgery* sebanyak 11 responden (28,2%).
2. Kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan sebagian besar kinerja baik yaitu sebanyak 27 responden (69,2%), sedangkan kinerja kurang baik sebanyak 12 responden (30,8%).
3. Ada hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan (p value : $0,001 < \alpha : 0,05$).

B. Saran

Dari hasil kesimpulan di atas, maka ada beberapa hal yang dapat disarankan yaitu :

1. Bagi Rumah Sakit
Disarankan bagi pihak rumah sakit untuk membuat kebijakan tentang sasaran keselamatan pasien dan penerapan *safety cek list surgery* secara tertulis.
2. Bagi Perawat
Sosialisasi untuk para perawat tentang SPO yang berkaitan dengan pelaksanaan *safety cek list surgery*. Pelatihan penerapan *safety cek list surgery* untuk perawat kamar bedah agar mengetahui dan memahami tahapan yang harus dilakukan sehingga pelaksanaan *safety cek list surgery* dapat berjalan dengan baik.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, hendaknya mampu mengembangkan penelitian dengan menambahkan variabel lain yang tidak terdapat dalam model penelitian ini.



DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin. 2018. *Hubungan antara kepatuhan tim bedah dalam penerapan SSC dengan infeksi luka operasi dan lamanya hari rawat inap pasien seksio sesarea*. Jurnal Kesehatan Reproduksi Vol 5 No 3 – Desember 2018 ISSN 2302-836X (print), ISSN 2621-461X (online) Tersedia online di <https://jurnal.ugm.ac.id/jkr> DOI: 10.22146/jkr.39666
- Aqmarina, Siti. 2016. *Hubungan antara motivasi kerja dengan kepatuhan pelaksanaan patient safety di IBS RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda*. Skripsi Stikes Muhammadiyah Samarinda.
- Bramantoro, 2017. *Pengantar Klasifikasi dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan: Penjelasan Praktis*
https://books.google.co.id/books?id=4UV7DwAAQBAJ&pg=PA11&dq=pengertian+rumah+sakit&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiSyZaCusrhAhUM7HMBHdlUBNQQ6AEIPDAE#v=onepage&q=pengertian_rumah_sakit&f=false
- Buebeak, Alc Muthya. 2014. *Makalah Teori Myra Estrin Levine*. <http://alcmuthya.blogspot.co.id/2014/10/makalah-teori-myra-estrin-levine.html>
- Dahlan, S. 2014. *Statistik untuk kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 6. Jakarta. : Salemba Medika.
- Data RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. 2019. *Profil RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan*. Balikpapan.
- Hidayat, AA. 2014. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kemenkes, RI. 2010. *Modul Pelatihan Dasar Bagi Perawat Kamar Bedah*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Madden 2018. *Building a Culture of Patient Safety – Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance* | Department of Health. (n.d). Retrieved from <https://health.gov.ie/blog/publications/building-a-culture-of-patient-safety-report-of-the-commission-on-patient-safety-and-quality-assurance/>
- Mangkunegara. 2016. *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung : Rosda
- Nawawi, Hadari. 2017. *Manajemen Sumber Daya Manusia Untuk Bisnis yang Kompetitif*. Penerbit Gajah Mada University Press, Yogyakarta.

- Niven. 2012. *Psikologi Kesehatan : Pengantar Untuk Perawat Dan Profesional*. EGC. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2017. *Promosi Kesehatan Ilmu Dan Seni*. PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam. 2015. *Pendekatan praktis metodologi Riset Keperawatan*. Info Medika. Jakarta.
- Nursalam. 2015. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan : pedoman skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Pranoto. 2017. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka. Yogyakarta.
- Rahman, A. 2019. *Hubungan Sistem Administrasi Perpajakan Modern Dengan Kepatuhan Wajib Pajak*. Jurnal Ilmu Administrasi. Volume 6 Nomor 1.
- Robbins, SP. 2015. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Gramedia.
- Rochrock, JC. 2010. *Perencanaan Asuhan Keperawatan Perioperatif (Rini, Maria. W, terjemahan)*. Jakarta : ECG.
- Safety & Compliance. 2012. *Patient Safety Indicators*. <https://www.immelconstruction.com/about-us/safety-compliance>
- Sarwono. 2017. *Psikologi Remaja*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Selano. 2019. *Hubungan Lama Kerja Perawat Dengan Kepatuhan Pengisian Surgical Safety Checklist Di Instalasi Bedah Sentral*. Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Vol 2 No 1, May 2019 DOI: <http://dx.doi.org/10.32584/jkkm.v2i1.267> e-ISSN 2621-5047
- Simamora, Henry. 2015. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Bagian Penerbitan Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN.
- Soeprihanto, Jhon. 2018. *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*. BPFE. Yogyakarta.
- Sudarmanto. 2019. *Kinerja dan Pengembangan Kompetensi SDM*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Sugiyono, 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. CV Alfabeta. Bandung.

Suhada. 2019. *Hubungan Antara Tingkat Kepatuhan Perawat Terhadap SOP (Standar Operasional Prosedur) Perawatan Luka Dengan Proses Penyembuhan Luka Pasien Pascabedah di RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor*. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Vol 4 No 1 2019

Supardi. 2019. *Kinerja Guru*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

Trisna. 2016. *Hubungan persepsi tim bedah dengan kepatuhan penerapan surgical patient safety pada pasien operasi bedah di ruang operasi RSUD Mayjend HM. Ryacudu*. Jurnal Kesehatan, Volume VII, Nomor 2, Agustus 2016, hlm 341-344

Umam, Khaerul. 2012. *Perilaku Organisasi*. Bandung: Pustaka Setia.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan

Yulianti. 2019. *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Surgical Safety Checklist Di Kamar Operasi Rumah Sakit Kota Batam*. Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problema Kesehatan DOI: <http://doi.org/10.22216/jen.v4i3.4501>



Lampiran 1.

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Darmawan

NIM : B21824805701

Judul Penelitian : Hubungan Antara Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Dengan Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.

Saya adalah mahasiswi Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan *safety cek list surgery* dengan kinerja perawat kamar bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Bapak/Ibu/Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan meminta calon yang terpilih agar bersedia menjadi calon responden setelah mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian serta hak dan kewajiban selama menjadi responden. Responden yang bersedia selanjutnya diminta menandatangani lembar *Informed concent*. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada yang belum jelas.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak Bapak/Ibu/Saudara/I dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian. Apabila Bapak/Ibu/Saudara/i ketika merasa kesulitan, mohon memberitahu peneliti, maka pelaksanaan penelitian akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu/Saudara/I dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapanpun dikehendaki tanpa ada

konsekuensi atau dampak tertentu. Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, Juli 2020

Peneliti

Darmawan



Lampiran 2

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No. telp.....

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Hubungan Antara Kepatuhan *Safety Cek List Surgery* Dengan Kinerja Perawat Kamar Bedah di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020. Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Samarinda,.....2020

Mengetahui
Peneliti

Yang membuat pernyataan

Darmawan

Nama & Tanda tangan

KUESIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN *SAFETY CEK LIST SURGERY*
DENGAN KINERJA PERAWAT KAMAR BEDAH
DI RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIBOWO
BALIKPAPAN TAHUN 2020**

Perhatian :

1. Bacalah setiap pernyataan dan pertanyaan dengan teliti sebelum mengisinya.
2. Isilah data dengan sebenar-benarnya sesuai keadaan atau kondisi.
3. Kerahasiaan identitas dan jawaban dari pertanyaan dan pernyataan akan dijaga oleh peneliti.

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah identitas diri anda
2. Jawablah sesuai dengan pertanyaan yang ada dengan memberi tanda *check* (✓) pada kotak yang anda pilih.

A. Data Identitas Responden

1. Usia :(Tahun)
2. Jenis Kelamin :
 - 1) Laki-laki
 - 2) Perempuan
3. Pendidikan :
 - 1) DIII
 - 2) DIV
 - 3) S1
 - 4) Ners
4. Masa Kerja :(Tahun)

B. Kinerja

Pilihlah jawaban dengan memberikan tanda centang (√) pada salah satu kotak yang sesuai dengan pilihan jawaban anda, dengan skala penilaian sebagai berikut :

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS= Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
	Akurasi				
1	Kemampuan menghitung seluruh bahan yang memasuki area steril dalam proses pembedahan				
2	Kecermatan melaporkan hasil kritis pemeriksaan penunjang				
	Prestasi				
3	Kemampuan menyelesaikan tugas-tugas asuhan keperawatan secara umum sesuai wewenang dan tanggung jawabnya				
4	Kemampuan identifikasi risiko pasien sehubungan dengan kemungkinan terjadinya IKP (KTD, KNC, KPC dan Kejadian Sentinel)				
5	Kemampuan melakukan asesmen risiko pasien terhadap kemungkinan terjadinya IKP (KTD, KNC, KPC dan Kejadian Sentinel)				
6	Kemampuan melakukan analisis kasus-kasus Insiden Keselamatan Pasien (IKP)				
7	Kemampuan mengelola hal yang berhubungan dengan risiko pasien selama dalam perawatan				
8	Tidak patuh dalam melaksanakan pemantauan penerapan SPO keperawatan di unit kerjanya				
	Administrasi				
9	Kemampuan membuat laporan secara tertulis bila terjadi Insiden Keselamatan pasien				
10	Kemampuan melengkapi data tertulis keperawatan				
11	Kemampuan menghitung seluruh bahan yang memasuki area steril dalam proses pembedahan				
	Komunikasi				
12	Kemampuan melakukan komunikasi efektif untuk instruksi melalui verbal/lisan dan via telephon				
13	Kepatuhan membacakan ulang instruksi yang diterima via verbal/lisan dan via telephon				
14	Kepatuhan melaporkan kondisi pasien kritis dengan menggunakan komunikasi <i>SBAR</i>				
15	Kurangnya kecermatan melaporkan hasil kritis pemeriksaan penunjang				

	Kompetensi				
16	Kemampuan melakukan pemeriksaan fisik pasien.				
17	Kemampuan mengimplementasikan sistim asuhan keperawatan dengan berorientasi keselamatan pasien				
18	Kemampuan membuat diagnosis keperawatan selalu mempertimbangkan kondisi pasien				
19	Kemampuan melakukan asesmen atau identifikasi resiko kemungkinan terjadinya KTD.				
20	Kemampuan menentukan tujuan keperawatan jangka menengah				
21	Kemampuan menentukan tujuan keperawatan hanya dalam jangka pendek				
22	Kemampuan implementasi solusi keperawatan untuk meminimalkan terjadinya risiko sehubungan terjadinya IKP				
	Kerjasama				
23	Kepatuhan melakukan pengkajian secara bersama-sama apabila terjadinya kasus Insiden Keselamatan Pasien				
24	Tidak aktif dalam melakukan diskusi kasus IKP				
	Kemampuan Interpersonal				
25	Kurangnya kepatuhan mendidik pasien dan keluarganya tentang keselamatan pasien				
26	Selalu melibatkan pasien dan/keluarganya untuk pencegahan kemungkinan terjadinya Insiden keselamatan Pasien				
27	Kepatuhan untuk selalu melibatkan pasien dan keluarganya dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan				
	Pembelajaran				
28	Kurangnya kemampuan belajar dari kejadian kasus-kasus IKP				
29	Sangat besar kemauan berbagi pengalaman tentang kasus IKP dari berbagai sumber atau sumber lain				

Sumber : Putri, 2017

LEMBAR OBSERVASI KEPATUHAN SAFETY CEK LIST SURGERY

No	Kegiatan Perawat	Ya Dilaksanakan	Tidak Dilaksanakan
1	<p>Pelaksanaan <i>Sign In</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konfirmasi identitas pasien 2. Konfirmasi sisi pembedahan 3. Persiapan mesin pembedahan dan anestesi 4. Pengecekan pulse oximetri dan fungsinya 5. Konfirmasi tentang alergi pasien 6. Konfirmasi Resiko Operasi 7. Konfirmasi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml (700ml/kg pada anak-anak) 		
2	<p>Pelaksanaan <i>Time Out</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konfirmasi nama dan peran anggota tim 2. Anggota tim operasi melakukan konfirmasi secara lisan identitas pasien, sisi yang akan dibedah, dan prosedur pembedahan. 3. Konfirmasi antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit terakhir 4. Antisipasi Peristiwa kritis <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk perawat : konfirmasi sterilitas (termasuk hasil indikator) Masalah peralatan atau masalah apapun. b. Perawat menanyakan kepada ahli bedah apakah alat-alat yang diperlukan sudah diperlukan sehingga perawat dapat memastikan instrumen di kamar operasi telah steril dan lengkap. 5. Pemeriksaan penunjang berupa foto perlu ditampilkan di kamar operasi 		
3	<p>Pelaksanaan <i>Sign Out</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Review pembedahan 2. Penghitungan instrumen, spons, dan jumlah jarum 		

	3. Pelabelan specimen 4. Konfirmasi masalah peralatan 5. Ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat meninjau rencana pemulihan dan pengelolaan pasien		
--	---	--	--

Sumber : Safety & Compliance, 2012



Lampiran 4. Data Penelitian

No	Data Responden			
	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Masa Kerja
1	37	2	1	16
2	35	2	1	14
3	37	2	1	10
4	37	1	1	10
5	39	1	1	16
6	35	2	1	12
7	24	2	3	2
8	37	1	3	14
9	37	2	4	14
10	39	2	4	17
11	40	2	1	17
12	35	2	1	12
13	35	2	1	12
14	35	2	1	12
15	35	2	4	12
16	36	1	1	12
17	39	1	1	17
18	38	2	1	18
19	35	2	1	12
20	38	2	4	12
21	41	1	1	21
22	35	2	1	7
23	32	2	1	9
24	28	2	1	7
25	34	1	1	8
26	40	2	4	18
27	34	2	4	6
28	38	1	4	6
29	38	2	1	6
30	31	1	1	3
31	25	1	3	2
32	24	2	1	2
33	24	2	1	6
34	30	2	1	5
35	28	1	1	4
36	28	2	3	5
37	27	2	3	6
38	27	2	3	6
39	33	1	1	6

No	Kinerja Perawat																	
	b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	b9	b10	b11	b12	b13	b14	b15	b16	b17	b18
1	4	3	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	2	4	2
2	3	3	3	3	3	4	4	3	2	4	4	3	3	4	3	3	3	3
3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	2	4	4
4	3	3	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	2	3	3	4	3
5	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	4	2	2	4	3	2	2	2
6	3	4	2	4	2	4	2	3	2	4	2	4	2	4	4	2	3	2
7	3	4	4	2	3	3	2	4	3	3	4	4	4	4	4	2	3	3
8	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2
9	3	3	4	2	3	3	2	3	2	3	4	3	3	2	3	3	3	2
10	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	2	3	3	4	4	4
11	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	2	3
12	3	3	4	4	3	3	4	3	2	4	4	3	3	2	3	2	2	3
13	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	2	3	4	2	3	2
14	4	3	2	2	3	3	2	3	3	3	4	4	2	2	3	4	4	3
15	3	4	3	3	3	4	2	4	3	4	3	3	2	3	4	4	4	2
16	2	3	2	2	2	4	4	4	2	4	3	2	3	3	3	4	3	3
17	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	4	2	2	3	4	3	3
18	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	2	2	2
19	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	2	3	2
20	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	3	3	2
21	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	3	2	2
22	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3
23	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	2	3
24	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	2
25	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4
26	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
27	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	2
28	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	2	2	4
29	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3
30	3	4	2	3	4	4	2	3	2	4	3	2	2	3	3	4	4	4
31	3	3	4	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	4	4	4
32	3	3	4	3	2	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	2	3	3
33	3	3	2	3	2	3	2	4	4	3	2	3	2	2	3	2	2	3
34	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	2	2	3	3	2	2
35	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	3	3	3	3	3	3
36	3	3	2	3	3	3	4	4	4	3	4	2	3	2	3	3	3	3
37	3	4	4	4	2	4	3	4	2	4	4	4	2	3	3	3	3	3
38	3	4	3	2	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4
39	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	2	3	3	4	3	3

Kinerja Perawat												
b19	b20	b21	b22	b23	b24	b25	b26	b27	b28	b29	Total	Hasil
3	3	4	3	4	2	4	3	3	4	4	97	1
3	2	3	3	3	3	3	2	4	4	3	91	1
3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3	92	1
3	2	3	3	3	4	3	2	3	4	3	93	1
3	3	3	3	3	4	3	2	3	4	3	85	2
3	3	3	4	2	4	2	2	4	2	3	85	2
4	3	3	4	4	2	3	3	3	4	3	95	1
4	3	3	4	2	4	4	4	4	4	3	104	1
3	2	3	3	4	2	3	2	3	2	3	81	2
4	3	4	3	4	3	3	2	3	2	3	97	1
3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	93	1
4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	3	93	1
3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	95	1
3	3	4	3	2	4	4	4	3	4	4	92	1
4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	97	1
4	3	2	3	2	4	4	4	4	3	2	88	2
4	3	3	3	3	4	4	4	3	2	3	86	2
3	3	3	2	3	4	4	4	3	2	3	95	1
3	3	3	3	2	4	4	4	3	2	3	96	1
3	3	3	3	2	4	4	4	3	2	3	97	1
3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	91	1
3	2	3	3	3	4	3	3	3	4	3	92	1
3	3	3	3	2	2	3	3	4	2	3	92	1
3	3	3	3	3	4	2	2	3	4	3	93	1
4	2	3	4	2	2	3	2	3	2	3	94	1
4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	93	1
3	3	3	3	2	2	3	3	3	4	3	87	2
4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	100	1
3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	79	2
3	3	3	4	2	3	4	2	4	3	3	90	2
3	3	3	3	4	2	3	2	3	2	3	85	2
3	3	3	3	4	3	2	4	4	3	3	92	1
3	2	3	3	4	4	4	4	3	2	3	83	2
3	2	3	3	4	4	4	4	3	2	3	83	2
3	2	3	4	4	4	4	2	3	2	3	88	2
3	2	3	3	4	4	4	4	3	4	3	92	1
3	3	3	4	4	4	4	2	4	4	3	97	1
3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	99	1
3	4	3	3	4	4	3	2	4	3	3	95	1

Lampiran 5. Hasil SPSS

Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kinerja Perawat	39	100.0%	0	0.0%	39	100.0%

Descriptives

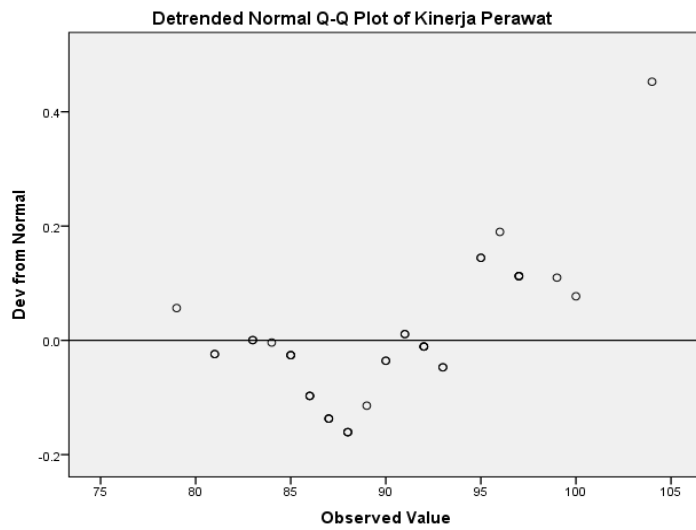
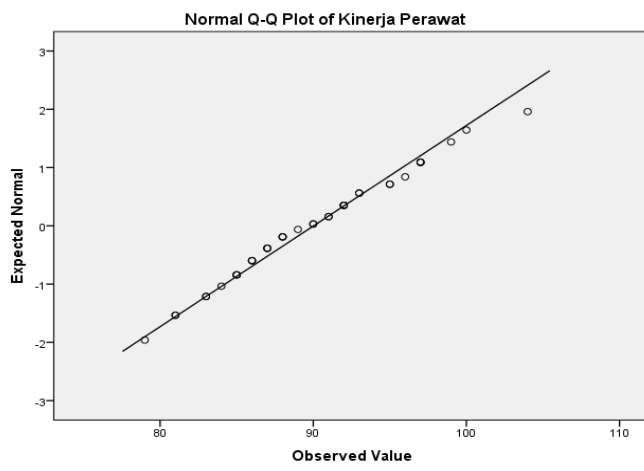
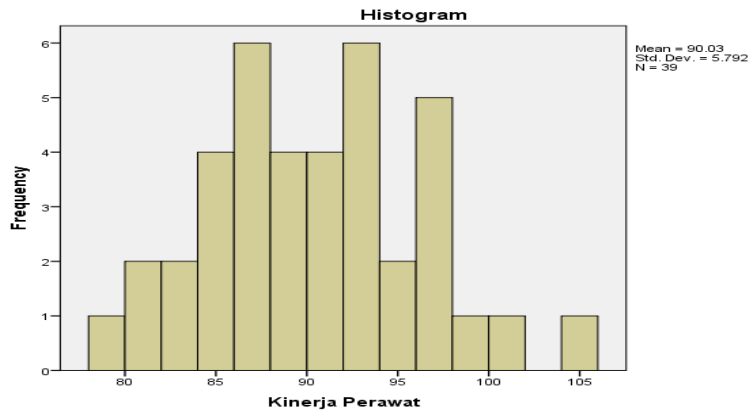
		Statistic	Std. Error	
Kinerja Perawat	Mean	90.03	.928	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	88.15	
		Upper Bound	91.90	
	5% Trimmed Mean	89.92		
	Median	90.00		
	Variance	33.552		
	Std. Deviation	5.792		
	Minimum	79		
	Maximum	104		
	Range	25		
	Interquartile Range	9		
	Skewness	.276	.378	
	Kurtosis	-.406	.741	

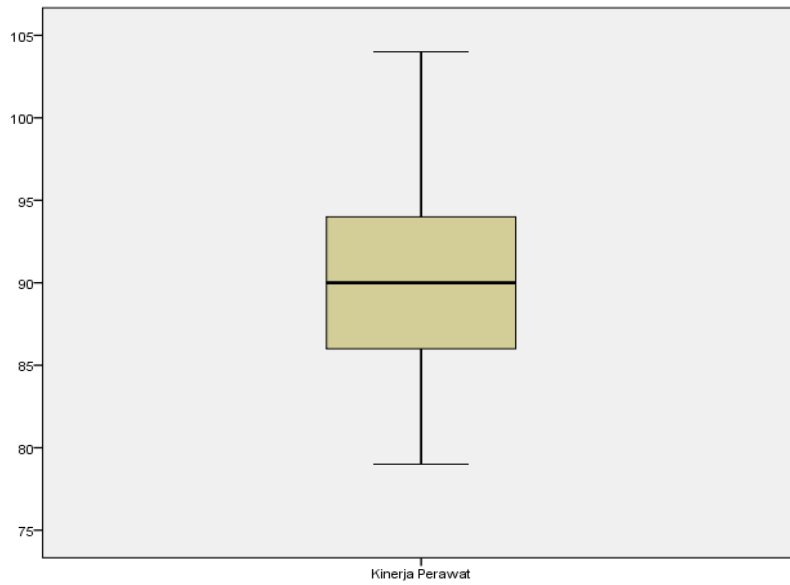
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kinerja Perawat	.098	39	.200*	.982	39	.782

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction





Univariat

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 24	3	7.7	7.7	7.7
25	1	2.6	2.6	10.3
27	2	5.1	5.1	15.4
28	3	7.7	7.7	23.1
30	1	2.6	2.6	25.6
31	1	2.6	2.6	28.2
32	1	2.6	2.6	30.8
33	1	2.6	2.6	33.3
34	2	5.1	5.1	38.5
35	8	20.5	20.5	59.0
36	1	2.6	2.6	61.5
37	5	12.8	12.8	74.4
38	4	10.3	10.3	84.6
39	3	7.7	7.7	92.3
40	2	5.1	5.1	97.4
41	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	12	30.8	30.8	30.8
	Perempuan	27	69.2	69.2	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3 Keperawatan	26	66.7	66.7	66.7
	S1 Keperawatan	6	15.4	15.4	82.1
	Ners	7	17.9	17.9	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Masa Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	7.7	7.7	7.7
	3	1	2.6	2.6	10.3
	4	1	2.6	2.6	12.8
	5	2	5.1	5.1	17.9
	6	7	17.9	17.9	35.9
	7	2	5.1	5.1	41.0
	8	1	2.6	2.6	43.6
	9	1	2.6	2.6	46.2
	10	2	5.1	5.1	51.3
	12	8	20.5	20.5	71.8
	14	3	7.7	7.7	79.5
	16	2	5.1	5.1	84.6
	17	3	7.7	7.7	92.3
	18	2	5.1	5.1	97.4
	21	1	2.6	2.6	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

Kinerja Perawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	27	69.2	69.2	69.2
Kurang Baik	12	30.8	30.8	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Kepatuhan Safety Cek List Surgery

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Patuh	28	71.8	71.8	71.8
Tidak Patuh	11	28.2	28.2	100.0
Total	39	100.0	100.0	



Bivariat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepatuhan Safety Cek List Surgery * Kinerja Perawat	39	100.0%	0	0.0%	39	100.0%

Kepatuhan Safety Cek List Surgery * Kinerja Perawat Crosstabulation

			Kinerja Perawat		Total
			Baik	Kurang Baik	
Kepatuhan Safety Cek List Surgery	Patuh	Count	24	4	28
		% within Kepatuhan Safety Cek List Surgery	85.7%	14.3%	100.0%
		% within Kinerja Perawat	88.9%	33.3%	71.8%
		% of Total	61.5%	10.3%	71.8%
Tidak Patuh	Tidak Patuh	Count	3	8	11
		% within Kepatuhan Safety Cek List Surgery	27.3%	72.7%	100.0%
		% within Kinerja Perawat	11.1%	66.7%	28.2%
		% of Total	7.7%	20.5%	28.2%
Total		Count	27	12	39
		% within Kepatuhan Safety Cek List Surgery	69.2%	30.8%	100.0%
		% within Kinerja Perawat	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	69.2%	30.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.662 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	10.067	1	.002		
Likelihood Ratio	12.287	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	12.338	1	.000		
N of Valid Cases	39				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.38.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kepatuhan Safety Cek List Surgery (Patuh / Tidak Patuh)	16.000	2.931	87.354
For cohort Kinerja Perawat = Baik	3.143	1.183	8.347
For cohort Kinerja Perawat = Kurang Baik	.196	.074	.522
N of Valid Cases	39		





PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO
JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836
BALIKPAPAN

Balikpapan, 02 Oktober 2020

No. : 423/10306/PSDM/RSKD/IX-2020
Lamp : -
Prihal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth : **Wakil Rektor I ITKES**
Wiyata Husada KALTIM
di -
Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 759/ITKES-WHS/LT/2020, tanggal 13 Agustus 2020 tentang permohonan ijin penelitian untuk tugas akhir berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas :

Nama : **DARMAWAN**
NIM : B 21824805701
Judul Penelitian : **Hubungan Antara Kepatuhan Safety Cek List Sugery dengan Kinerja Perawat Kamar Bedah Di dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.**

Pada Prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan diatas tersebut melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Adapun biaya penelitian sesuai dengan aturan PERGUB Nomor 58 Tahun 2013 sebesar Rp 300.000,- (Tiga Ratus Ribu Rupiah).

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.



dr. Edy Iskandar, Sp. PD, FINASIM, MARS
Pembina Utama Muda
NIP. 19650528 199707 1 001

