

**HUBUNGAN *BURNOUT SYNDROME* DENGAN KEPATUHAN
PENGISIAN *SAFETY SURGERY CHECKLIST* PADA PERAWAT
DI RUANG KAMAR BEDAH RUMAH SAKIT
SAMARINDA MEDIKA CITRA**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2021**

**HUBUNGAN *BURNOUT SYNDROME* DENGAN KEPATUHAN
PENGISIAN *SAFETY SURGERY CHECKLIST* PADA PERAWAT
DI RUANG KAMAR BEDAH RUMAH SAKIT
SAMARINDA MEDIKA CITRA**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan
(S.Kep) Pada Program Studi S1 Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan &
Sains Wiyata Husada Samarinda



Di Susun Oleh :

ERLINA SERU PABANNU

B19011007

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2021

LEMBAR PENGESAHAN

**HUBUNGAN *BURNOUT SYNDROME* DENGAN KEPATUHAN
PENGISIAN *SAFETY SURGERY CHECKLIST* PADA PERAWAT
DI RUANG KAMAR BEDAH RUMAH SAKIT**

SAMARINDA MEDIKA CITRA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

ERLINA SERU PABANNU

B19011007

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji

Pada Tanggal 26 Februari 2021

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Annisa A'in, S.Kep., M.kep
NIDN.

2. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.kep
NIDN. 1124118301

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

4. Ns. Suwanto, S.Kep., M.Adm.Kes
NIDN. 8810490019

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

ITKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.MB

NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Erlina Seru Pabannu
NIM : B19011014
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda
Judul Penelitian : Hubungan *Burnout Syndrome* Dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra

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

Samarinda, 30 Maret 2021

Yang membuat pernyataan

Erlina Seru Pabannu

NIM : B19011007

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat serta karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan *Burnout Syndrome* Dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra”.

Penyusunan skripsi penelitian 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. H. Mujito Hadi, S.Pd., M.Kep., selaku Ketua Yayasan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda.
2. Dr. Eka Ananta Sidharta, SE, MM., AK., CA., CSRS., CSRA., CFrA, selaku Rektor Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan, motivasi dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya.
4. Ns. Abdurrahman, S.Kep., M.Kep ., selaku dosen Pembimbing I yang sudah meluangkan banyak waktu di sela-sela kesibukannya untuk mengarahkan dan memberikan masukan kepada saya selama proses penyusunan skripsi.
5. Ns. Suwanto, S.Kep., M.Kep ., selaku dosen Pembimbing II yang juga sudah meluangkan waktunya untuk membimbing dan memotivasi saya selama proses penyusunan skripsi.

6. Segenap Dosen dan Tenaga Pengajar Kependidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda.
7. Suami dan anak (Bapak Paulus Johan Purwito dan Gabriella Paulina Purwito) yang selalu mendoakan dan memberikan tenaga, biaya, dan dukungan serta kasih sayang yang selalu tercurah sampai saat ini.
8. Kedua orang tua yang selalu mendoakan dan memberikan tenaga, biaya, dan dukungan serta kasih sayang yang selalu tercurah sampai saat ini.
9. Semua sahabat dan semua teman AJ SMC yang terkasih atas dukungan doa dan motivasi kepada saya.
10. Responden yang telah bersedia dan berpartisipasi dalam penelitian
11. Keluarga besar Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda, khususnya teman-teman seperjuangan AJ SMC Samarinda 2019 atas dukungan, semangat dan kerjasamanya.
12. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.

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

Samarinda, 30 Maret 2021
Yang membuat pernyataan

Erlina Seru Pabannu
NIM : B19011007

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Erlina Seru Pabannu

NIM : B 19011007

Program Studi : Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas skripsi saya yang berjudul :

“ HUBUNGAN *BURNOUT SYNDROME* DENGAN KEPATUHAN PENGISIAN *SAFETY SURGERY CHECKLIST* PADA PERAWAT DI RUANG KAMAR BEDAH RUMAH SAKIT SAMARINDA MEDIKA CITRA “

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalih media/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.

Samarinda, 30 Maret 2021

Yang membuat pernyataan

Erlina Seru Pabannu

NIM : B19011007

ABSTRAK

HUBUNGAN BURNOUT SYNDROME DENGAN KEPATUHAN PENGISIAN SAFETY SURGERY CHECKLIST PADA PERAWAT DI RUANG KAMAR BEDAH RUMAH SAKIT SAMARINDA MEDIKA CITRA

Erlina Seru Pabannu¹, Abdurrahman², Suwanto³

Latar Belakang : Kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* di kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dengan prosentase rata-rata pada tahun 2018 dengan pencapaian 52%, sedangkan pada tahun 2017 mampu mencapai 67%. **Tujuan penelitian :** Untuk menganalisis Hubungan *Burnout syndrome* dengan kepatuhan perawat bedah dalam pengisian *safety surgery checklist*. **Metode :** Desain penelitian *cross sectional*, populasi penelitian seluruh perawat di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, pengambilan sampel dengan metode *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 23 orang. Analisis data dengan teknik analisa univariat dengan uji bivariate chi-square **Hasil :** Burnout Syndrome yang berpengaruh terhadap kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* nilai $p < 0,003$ lebih kecil dari nilai $\alpha 0,05$ dan nilai signifikansi kontigensi ($p < 0,003$, $C = 0,580$) yang memiliki arti hubungan antara *burnout syndrome* dengan kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* adalah kuat. **Kesimpulan :** *Burnout syndrome* berhubungan dengan kepatuhan perawat bedah dalam pengisian *safety surgery checklist*.

Kata Kunci : *safety surgery checklist, burnout syndrome, kelelahan fisik, depersonalisasi, rendahnya penghargaan diri*

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

² Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
E. Penelitian Terkait	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Teori <i>Burnout</i>	16
1. Pengertian <i>Burnout</i>	16
2. Dimensi <i>Burnout</i>	17
3. Gejala <i>Burnout</i>	18
4. Manifestasi <i>Burnout</i>	19
5. Sumber atau penyebab <i>Burnout</i>	20
6. Strategi Penanganan <i>Burnout</i>	23
B. Teori Kepatuhan	24
1. Pengertian Kepatuhan.....	24
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan.....	25
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan.....	28

4. Faktor penyebab ketidakpatuhan perawat	29
C. Teori Perawat	30
1. Pengertian Perawat	30
2. Peran dan Fungsi Perawat	31
3. Perawat Ruang Operasi	33
D. Teori <i>Safety Surgery Checklist</i>	34
1. Pengertian <i>Safety Surgery Checklist</i>	34
2. <i>Surgical Safety Checklist</i> (SSCL) WHO	34
3. Fungsi <i>Surgical Safety Checklist</i> WHO	35
E. Kerangka Teori	47
1. Kerangka Teori penelitian	47
2. Kerangka Teori Lawrence Green	48
F. Hipotesa Penelitian	50
BAB III METODE PENELITIAN	51
A. Rancangan Penelitian	51
B. Kerangka Konsep Penelitian	51
C. Populasi dan Sampel	52
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	53
E. Lokasi dan Waktu Penelitian	55
F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian	55
G. Uji Instrumen	57
H. Prosedur Pengumpulan Data	60
I. Pengolahan Data	61
J. Analisa Data	62
K. Etika Penelitian	63
L. Alur Penelitian	64
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	67
A. Hasil Penelitian	67
B. Pembahasan	73
C. Keterbatasan Penelitian	77

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	79
A. Kesimpulan	79
B. Implikasi	79
C. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN.....	84



DAFTAR TABEL

Tabel.2.1 Ketentuan Penandaan Tempat Operasi.....	38
Tabel 3.1 Definisi Oprasional.....	54
Tabel 3.2 Lembar Observasi.....	55
Tabel 4.1 Karakteristik responden.....	68
Tabel 4.2 Uji Normalitas Kolmogorov-Smirnov Test.....	70
Tabel 4.3 Analisa Univariat.....	70
Tabel 4.4 Analisa Bivariat.....	71



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	47
Skema 2.2 Kerangka Teori Lawrence Green	49
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	52
Skema 3.2 Alur penelitian.....	66



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 3 : Kuesioner Beban Kerja & Kelelahan Kerja
Lampiran 4 : Formulir Checklist Keselamatan Pasien
Lampiran 5 : Surat Izin Studi Pendahuluan
Lampiran 6 : Surat Balasan Izin Studi Pendahuluan
Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian
Lampiran 8 : Surat Balasan Izin Penelitian
Lampiran 9 : Formulir Observasi.
Lampiran 10 : Hasil SPSS
Lampiran 11 : Dokumentasi Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pasien Safety atau keselamatan pasien merupakan salah satu isu utama dalam pelayanan kesehatan yang jauh lebih penting daripada sekedar efisiensi pelayanan. Berbagai risiko akibat tindakan medik dapat terjadi sebagai bagian dari pelayanan kepada pasien. Identifikasi dan pemecahan masalah tersebut merupakan bagian utama dari pelaksanaan konsep *patient safety*. Lebih lanjut, definisi dari *pasien safety* adalah bebas dari cedera aksidental atau menghindari cedera pasien akibat tindakan pelayanan (Depkes 2008:20)

Keselamatan pasien diartikan sebagai 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.

Salah satu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit adalah pelayanan pembedahan/operasi. Pemberian pelayanan pembedahan hal yang harus penting dan mutlak diperhatikan adalah keselamatan pasien. World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa *surgical safety checklist* (SSC) di kamar bedah digunakan melalui 3 tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktunya yaitu saat sebelum induksi anestesi (*Sign In*), sebelum dilakukan insisi (*Time Out*) dan sebelum mengeluarkan pasien dari kamar operasi (*Sign Out*). merupakan alat komunikasi praktis dan sederhana dalam memastikan keselamatan pasien dalam tahap preoperatif, intraoperatif dan paska operatif (WHO,2008). Secara Umum dalam pelaksanaan pengisian *Surgical Safety Checklist* (SSC) ada beberapa kendala sehingga tidak bisa sepenuhnya dilaksanakan dengan baik salah satunya adalah faktor beban kerja.

Ceklist keselamatan pembedahan atau *surgical safety checklist* (SSC) diluncurkan World Health Organization (WHO) tahun 2008 dalam *the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives*. Panduan lengkapnya diterbitkan WHO (2009) dan memuat sepuluh tujuan esensial keselamatan pembedahan, ceklis standar, dan manual pelaksanaan bagi rumah sakit. Dokumen-dokumen ini dapat diakses secara daring dan gratis di situs WHO. Pelaksanaan *surgical safety checklist* di Indonesia sendiri diperkenalkan oleh Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) dalam rangkaian dengan *six goals* gerakan keselamatan pasien. Lebih lanjut, implementasi *surgical safety checklist* diformalkan dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) sejak tahun 2012. Seluruh rumah sakit di Indonesia yang telah terakreditasi hampir pasti telah menerapkan *surgical safety checklist* pada saat persiapan survei akreditasi.

Namun demikian, apakah penerapan tersebut menjadi bagian dari gaya hidup sehari-hari tetap menjadi pertanyaan besar tidak hanya di Indonesia namun juga di seluruh dunia. Hal ini menjadi penting karena usia SSC sudah melampaui satu dekade. Sebuah survei yang mencakup 94 negara di tahun 2014-2016 menemukan bahwa *surgical safety checklist* diterapkan pada hampir 80% pembedahan dengan berbagai variasi berdasarkan *human development index* (HDI) dan macam pembedahan (Delisle et al., 2020). Survei ini menemukan bahwa *human development index* memainkan peranan penting dalam variasi penerapan *surgical safety checklist*. Pada negara dengan *human development index* yang tinggi dan sangat tinggi, *surgical safety checklist* lebih sering diterapkan dan berimbang baik pada operasi elektif maupun urgent. Pada negara dengan *human development index* sedang dan rendah, penerapan *surgical safety checklist* lebih jarang. Penerapan di negara dengan *human development index* sedang dan rendah juga lebih jarang pada pembedahan urgen dibanding elektif.

Temuan mengenai korelasi penerapan *surgical safety checklist* dengan *human development index* menunjukkan bahwa *surgical safety checklist* sebenarnya dikenal pada negara-negara dengan *human development index* sedang dan rendah namun penerapannya tidak konsisten. Walaupun dirancang

untuk dapat digunakan secara universal, diduga penerapannya tidak konsisten pada saat sumber daya yang diperlukan untuk penerapannya secara penuh tidak tersedia (Delisle et al., 2020). Dalam konteks sehari-hari, infrastruktur yang tersedia dan keberadaan peralatan dan tenaga terlatih menjadikan penerapan *surgical safety checklist* adalah tantangan unik di banyak tempat (Weiser & Haynes, 2018). Menurut daftar HDI 2017 yang menjadi acuan penelitian ini, Indonesia memiliki HDI 0,694 (medium/edang).

Sekelompok dokter anestesi di India juga pernah melakukan telaah pustaka mengenai kendala penerapan *surgical safety checklist*. Telaah ini menyebut masalah hirarki, penundaan pelayanan, penambahan beban kerja, situasi darurat, kecemasan pasien, kurangnya pemahaman terhadap esensi, dan masalah saat operasi selesai sebagai kendala dalam penerapan *surgical safety checklist* (Jain, Sharma & Reddy, 2018). Telaah ini menarik karena masalah-masalah ini dalam praktik sehari-hari di Indonesia kerap kita jumpai.

Mengenai hirarki. Dalam berbagai pertemuan mengenai keselamatan pasien di berbagai tingkat dan oleh berbagai pihak, komunikasi selalu ditekankan sebagai salah satu hal penting yang perlu diintervensi. Salah satu unsur dalam komunikasi ini adalah hirarki. Tidak jarang kita jumpai tenaga kesehatan yang lebih junior atau lebih sedikit jumlah tahun pelatihannya tidak memiliki keberanian untuk mengutarakan suatu usulan atau peringatan di kamar bedah. Berbagai upaya telah dilakukan untuk memperpendek jeda hirarki ini (Green et al., 2017).

Mengenai keluhan dari kru kamar bedah. Keluhan-keluhan penerapan *surgical safety checklist* sama saja dijumpai di berbagai tempat: menunda mulai operasi, menambah beban kerja, dan sekedar dianggap sebagai tugas mengisi ceklist. Penundaan mulai operasi tentu berkaitan dengan *time out*. Diperlukan suatu kerja sama yang baik antara perawat kamar bedah, dokter bedah, dan dokter anestesi. Berbagai penelitian telah menunjukkan manfaat dilakukannya *time out* dan salah satunya adalah menghindari *sentinel event* (Papadakis, Meiwandi & Grzybowski, 2019).

Kendala terbesar, yaitu mengenai *sign out*. Terdapat kendala yang unik pada saat pengisian ceklist untuk *sign out* karena adanya perbedaan

persepsi waktu selesai operasi menurut dokter bedah, dokter anestesi, dan perawat (Jain, Sharma & Reddy, 2018). Pada saat “operasi selesai”, dokter bedah terkadang sudah meninggalkan kamar bedah untuk mengisi laporan di ruangan lain atau beristirahat sebelum operasi berikutnya. Pada saat bersamaan, perawat kamar bedah sibuk untuk mengurus sampel jaringan yang diambil, atau mengumpulkan dan menghitung kembali peralatan dan mulai membersihkannya. Sementara itu, dokter anestesi berada pada saat-saat yang membangunkan pasien dan membuat asesmen untuk rencana pascaoperasi. *Sign out*, dengan demikian tidak mendapatkan perhatian penuh dari seluruh tim operasi.

Apa yang bisa dilakukan untuk memperbaiki kondisi ini? Jawabannya cukup sederhana, yaitu mengenali apa penyebab *surgical safety checklist* yang tidak dapat dengan baik diterapkan dan mulai dari situ. Meski sederhana, hal ini tidak mudah dilaksanakan. Sebagai contoh mengenai hirarki. Perusahaan-perusahaan penerbangan telah berkuat dengan masalah ini untuk memperbaiki pola komunikasi antara pilot dan kopilot dengan tujuan utama meningkatkan keselamatan penerbangan (Green et al., 2017). Beberapa berhasil dengan baik. Dalam konteks di Indonesia, hirarki ini lebih menantang untuk diintervensi karena berkaitan erat dengan budaya setempat. Berikutnya lebih teknis seperti memilih *champion*, meningkatkan pelatihan, mulai secara perlahan dengan target terukur, menyesuaikan format ceklis dengan muatan lokal, dan audit berkala (Jain, Sharma & Reddy, 2018). Penyesuaian format ceklis ini penting untuk meningkatkan cakupan keterlibatan personel kamar bedah sehingga ceklist bukan menjadi tanggung jawab satu orang. Satu inovasi yang kemungkinan belum dicoba di Indonesia adalah melibatkan pasien dalam proses *time out*. Cara ini membutuhkan kesadaran penuh dari pasien mengenai manfaat *time out* dalam pembedahannya dan terbukti tidak meningkatkan kecemasan pasien (Papadakis, Meiwandi & Grzybowski, 2019).

Uraian di atas diharapkan dapat membantu kita di Indonesia untuk menilik kembali bagaimana penerapan *surgical safety checklist* di rumah sakit masing-masing. Mengingat bahwa *surgical safety checklist* diciptakan

untuk dapat diadaptasi secara universal dan telah terbukti bermanfaat, maka ada alasan signifikan penerapannya secara optimal di Indonesia. Perlu digaris bawahi, *surgical safety checklist* harus menjadi gaya hidup yang disadari seluruh kru kamar operasi dan bukan sekedar tugas mengisi ceklis semata. Semoga tulisan ini dapat memantik perhatian lebih mengenai penerapan *surgical safety checklist* di rumah sakit masing-masing.

Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan (Marquis dan Huston, 2004 dalam I GST A.A Putri Mastini 2013). Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Luciana Bjorklund de lima dalam *Nursing Workload in the post-anesthesia care unit Hospital de Clinicas de Porto Alegre, RS, Brazil* tahun 2011. Didapatkan hasil 50% beban kerja perawat dipengaruhi oleh lama perawatan di ruang *post-anesthesia care unit/recovery room* dan lamanya operasi sehingga kesimpulan dari penelitian menunjukkan beban kerja perawat berkorelasi kuat dengan lama perawatan di ruang pemulihan dan penelitian sebelumnya oleh I GST A.A Putri Mastini dalam tesis Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Beban kerja dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Irna di RSUP Sanglah Denpasar tahun 2013. Didapatkan hasil 95,8% beban kerja sedang kelengkapan pendokumentasian tidak sesuai, didapatkan hasil penelitian ada hubungan beban kerja dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Selanjutnya Efa Trisna. (2016). Hubungan Persepsi Tim Bedah dengan Kepatuhan Penerapan Surgical Patient Safety pada Pasien Operasi Bedah RSUD Mayjend HM.Ryacudu Kotabumi Kabupaten Lampung Utara. Lampung: Poltekkes Tanjungkarang dimana hasil penelitian menunjukkan 53,3% perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Mayjen HM.Ryacudu diketahui distribusi frekuensi persepsi tentang *surgical patient safety* dalam kategori positif, untuk distribusi kepatuhan terhadap penerapan *surgical patient safety* dalam kategori patuh berjumlah 60%.

Menurut Maslach dan Jackson dalam Guillermo et al, 2015) menyebutkan *burnout* perawat adalah kondisi yang menggambarkan respon

terhadap stres kronis, berhubungan dengan pekerjaan, terdiri dari tiga komponen atau dimensi yaitu: kelelahan emosional, depersonalisasi, dan prestasi pribadi. Dan menurut De La Fuente (2015) menyimpulkan prevalensi burnout di kalangan profesional keperawatan sangat tinggi, sindroma ini dihubungkan dengan jenis kelamin, usia, status perkawinan, tingkat kesehatan, shift kerja dan area layanan kesehatan. *Neurotisme, agreeability, extraversion* dan kesadaran diri adalah ciri-ciri kepribadian yang memprediksi setidaknya dua dimensi sindrom *burnout* pada perawat.

Menurut Rumus Depkes (2005) dasar hitungan tenaga dikamar operasi yaitu; jumlah dan jenis operasi, jumlah kamar operasi, pemakaian kamar operasi (diprediksi 6 jam perhari) pada hari kerja dan tugas perawat dikamar operasi; instrumentator, perawat sirkulasi (2 org/tim). Selanjutnya berdasarkan ketergantungan pasien dimana dibagi menjadi 3 yaitu; operasi besar 5 jam/ 1 operasi, operasi sedang 2 jam/ 1 operasi, operasi kecil 1 jam/ 1 operasi. Didalam Rumus Depkes penghitungan tenaga ok dengan cara jumlah jam keperawatan perhari dikali hari pertahun dikali jumlah operasi kali jumlah perawat dalam tim dibagi jumlah hari efektif yang dikalikan dengan jumlah jam kerja efektif perhari. Penghitungan tenaga di Ruang Penerimaan dan RR yaitu ketergantungan pasien di ruang penerimaan dikalikan waktu di ruang RR dikali jumlah operasi per hari dibagi waktu kerja efektif. Untuk saat ini jumlah perawat bedah di kamar bedah sejumlah 20 orang dengan pembagian perawat shift sore lebih banyak 7 orang dibandingkan dengan shift pagi sejumlah 5 orang dan 3 orang di shift malam. Untuk jumlah tenaga disetiap shift berdasarkan jumlah operasi dan jenis operasi terbanyak ada di shift sore sehingga pengaturan tenaga untuk shift sore lebih banyak dibandingkan dengan shift pagi dan malam.

Rumah Sakit Samarinda Medika Citra merupakan salah satu rumah sakit yang memberikan layanan bedah baik bedah elektif maupun bedah *emergency*. Jumlah operasi bedah di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra sampai tanggal 31 Desember 2020 adalah 276, 138 orang dengan rincian operasi elektif 106 orang dan operasi *emergency* 32 orang menurun dibandingkan jumlah operasi pada bulan sebelumnya yaitu pada bulan

November 2020 jumlah operasi 275 orang dengan rincian elektif 217 orang dan *emergency* 58 orang. Data BOR tahun 2020 adalah 51,88% dengan rata-rata lama rawat 2.50 jam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Samarinda Medika Citra. Menurut DepKes RI (2005), nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%. Kepatuhan tim operasi di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra sangat dituntut untuk dapat meningkatkan akreditasi rumah sakit. Kepatuhan tersebut diwujudkan dalam bentuk kesesuaian tindakan medis dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang ditetapkan rumah sakit. Rumah Sakit Samarinda Medika Citra beralamat di Jl. Kadrie Oening No. 85 merupakan salah satu rumah sakit di wilayah Samarinda yang memberikan pelayanan bedah kepada pasiennya. Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra memiliki 3 kamar operasi dengan jumlah dokter spesialis obsgyn 5 orang, Dokter Bedah Umum 3 orang, Dokter Orthopedi 2 orang, Dokter Bedah Syaraf 1 orang, Dokter Bedah Kardiovaskuler 1 orang, Dokter spesialis anestesi 5 orang, perawat anestesi 3 orang dan perawat bedah 20 orang.

Dengan data yang telah dijelaskan diatas diketahui jumlah operasi dalam 1 hari mencapai 15-20 operasi dengan jumlah operasi terbanyak ada di shift sore dan operasi berjalan secara estafet sehingga perawat yang dinas saat bekerja lebih ekstra dan adanya tuntutan dari beberapa operator untuk operasi secara estafet. Dengan kondisi demikian sehingga perawat yang dinas di shift sore merasa beban kerja di saat itu meningkat berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan pada 10 perawat kamar bedah.

Indikator mutu Rumah Sakit Samarinda Medika Citra di instalasi kamar bedah dengan permasalahan utama saat ini yaitu kepatuhan perawat bedah dalam pengisian *safety surgery checklist* dengan prosentase rata-rata kepatuhan perawat bedah dalam menerapkan *safety surgery checklist* pada tahun 2018 dengan nilai 52%, sedangkan pada tahun 2017 mampu mencapai 67%. Perbandingan data juga dilakukan dengan rumah sakit tipe C lainnya yaitu Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda mencapai 100%. Hal ini dapat disimpulkan bahwa prosentase penerapan *safety surgery checklist* semakin menurun dan masih belum memenuhi target pencapaian. Dengan demikian

mutu pelayanan di kamar operasi masih kurang maksimal sehingga menyebabkan penilaian mutu kurang bagus sehingga perlu dilakukan supervisi ke seluruh tim dikamar bedah. Rumah Sakit Samarinda Medika Citra memiliki target prosentase kepatuhan professional pemberi asuhan/staff klinis dalam menerapkan *safety surgery checklist* sebesar 100% (Laporan KMKP, 2017 & 2018).

Berdasarkan hasil study pendahuluan dengan metode observasi dan wawancara pada tanggal 28 Desember 2020 - 3 Januari 2021 di unit kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra terdapat 47 tindakan operasi. Kelengkapan dokumentasi pada lembar *safety surgery checklist* hanya ada 10 (21 %) dokumen yang lengkap dan 37 (79%) dokumen tidak terisi lengkap. Dokumen yang tidak lengkap yaitu fase *sign in*, fase *time out*. Fase *sign in* yang sering terjadi adalah tidak ada pengisian alergi atau tidak, Kekurangan di checklist *safety surgery* yang tidak dilakukan tetapi saat pelaksanaan perawat sudah melakukan konfirmasi langsung ke pasien sehingga data mengenai efek tidak adanya checklist di *safety surgery checklist* pada alergi tidak ditemukan, untuk pengisian *time out* yang sering terjadi adalah tidak adanya pengisian mengenai hasil Rongent,CT-Scan dan MRI telah ditampilkan/tidak. Saat pelaksanaan dilapangan hasil Rongent,CT-Scan dan MRI sudah ditampilkan sehingga pada saat berjalannya operasi tim dapat mengetahui lokasi yang akan di operasi. Kekurangan di checklist *safety surgery*.

Berdasarkan hasil wawancara mengenai *burnout syndrome* dari 10 perawat bedah didapatkan 7 orang mengalami *burnout syndrome* dengan gejala kelelahan fisik atau kurang konsentrasi, beberapa hal yang menghambat penggunaan *safety surgery checklist* di Instalasi Bedah Sentral Rumah sakit nur rohmah diantaranya adalah faktor sumber daya manusia yang terbatas, petugas lupa atau lalai dalam penggunaan *safety surgery checklist*, kurangnya pemahaman mengenai *safety surgery checklist* dan faktor operator yang jarang memberikan profilaksis antibiotik. Sumber daya manusia disini sangatlah penting untuk kelancaran penggunaan SSC, dikarenakan, jika ada petugas koordinator yang bertanggung jawab penuh

dengan *safety surgery checklist*, maka tidak akan terbagi bagi tugasnya dan fokus pada *safety surgery checklist*. Lupa atau hilangnya memori juga menjadi masalah dalam dunia kesehatan, yang mana dapat mengakibatkan banyak sekali dampak yang tidak baik. Lupa atau hilangnya memori ini umum terjadi pada semua manusia, hal ini juga menjadi masalah untuk mengingat sebuah informasi. Menurut Feil M (2013), lupa dapat menimbulkan kesalahan medis yang berdampak pada pasien sehingga menurunnya patient 80 safety. Dari keadaan lupa tersebut telah ditemukan 1202 laporan, yang mana 1015 diantaranya dikaitkan dengan kejadian yang mengganggu. Rumah Sakit Samarinda Medika Citra telah diterapkan pencegahan cedera pada pasien yang akan menjalankan operasi dengan memberlakukan penerapan *safety surgery checklist* sejak enam tahun lalu tetapi belum 100% melakukan dengan baik dan sesuai dengan SPO.

Berdasarkan data diatas maka terdapat kesenjangan pada pengisian *safety surgery checklist* tidak dapat dijalankan secara maksimal dikarenakan perawat dikamar operasi mengalami kelelahan secara fisik, emosional, depersonalisasi hingga terjadi penurunan kualitas pemberian pelayanan. Berdasarkan fenomena tersebut dan didukung oleh penelitian terdahulu, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang “Hubungan *Burnout Syndrome* Dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra”.

B. Rumusan Masalah

Safety Surgery Checklist sangat penting di terapkan dirumah sakit guna untuk menjaga keselamatan pasien bedah serta mengurangi dan mencegah terjadinya cedera, infeksi, komplikasi dan kematian yang disebabkan oleh proses pembedahan. Kepatuhan pengisian *safety surgery checklist* masih belum dapat dilakukan secara maksimal dimana dalam pelaksanaannya masih adanya pengisin formulir *safety surgery cheklist* yang belum lengkap.

Pengisian *safety surgery checklist* tidak dapat dijalankan secara maksimal dikarenakan perawat dikamar operasi mengalami kelelahan secara fisik, emosional, depersonal hingga terjadi penurunan kualitas pemberian pelayanan dimana perawat dipaksa untuk memberikan pelayanan secara estafet dan segera . Menurut Depkes dalam Bakri (2017) kebutuhan tenaga sejumlah 19 orang sedangkan jumlah perawat kamar bedah saat ini sejumlah 20 orang.

Untuk penelitian *burnout syndrome* di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra belum pernah dilakukan sehingga perlu adanya penelusuran lebih lanjut terkait hal tersebut agar kejadian *burnout syndrome* pada perawat dapat segera diatasi dan perlu tindak lanjut mengenai beban kerja perawat di kamar bedah. Perumusan masalah dalam penelitian ini adalah Hubungan *burnout syndrome* Dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan *Burnout Syndrome* Dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi tingkat *Burnout* pada perawat di ruang kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.
- b. Untuk mengidentifikasi tingkat kepatuhan dalam pengisian *Safety Surgery Checklist* di ruang kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.
- c. Untuk menganalisa hubungan *Burnout Syndrome* dengan kepatuhan pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi tentang hubungan *burnout* dengan kepatuhan perawat mengisi *safety surgery checklist* di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, dengan hasil uji statistik yang dapat dijadikan suatu referensi terkait dengan penemuan hasil riset dan dapat dianggap sebagai *Evidence Base Practice of Nursing* (acuan penemuan yang akan menjadi suatu konsep atau teori dalam pelaksanaan praktik keperawatan).

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi pihak rumah sakit, memberikan fakta tentang hubungan *burnout* dengan kepatuhan perawat mengisi *safety surgery checklist* di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra serta memberikan informasi dan perencanaan rekomendasi terkait pengisian *safety surgery checklist* di Ruang kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.
- b. Bagi institusi pendidikan, memberikan informasi dan menambah sumber kepustakaan mengenai hubungan *burnout* dengan kepatuhan perawat mengisi *safety surgery checklist* di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.
- c. Bagi peneliti, menambah pengetahuan dan wawasan mengenai hubungan *burnout* dengan kepatuhan perawat mengisi *safety surgery checklist* di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.
- d. Bagi peneliti selanjutnya, dapat digunakan sebagai perbandingan dan dapat dikembangkan lagi untuk penelitian selanjutnya, terutama pada hubungan *burnout* dengan kepatuhan perawat mengisi *safety surgery checklist* seperti kelelahan emosional, *depersonalisasi* dan penurunan pencapaian prestasi diri.

E. Penelitian Terkait

Beberapa penelitian tentang variabel penelitian yang relatif sama dengan penelitian ini telah dilakukan oleh beberapa peneliti seperti

- 1) Penelitian yang dilakukan oleh Efa Trisna (2016) dengan judul “Hubungan persepsi tim bedah dengan kepatuhan penerapan Surgical Patient Safety pada pasien operasi bedah Rumah Sakit Umum Daerah Mayjen HM.Ryucudu ” dengan metode penelitian kuantitatif, jumlah populasi 30, jumlah sampel 30, teknik pengumpulan sampel dengan cara *total sampling*, dengan analisa data univariat dan bivariat dengan menggunakan *cross sectioal*. Hasil penelitian menunjukkan 53,3% perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Mayjen HM.Ryacudu diketahui distribusi frekuensi perssepsi tentang *surgical patient safety* dalam kategori positif, untuk distribusi kepatuhan terhadap penerapan *surgical patient safety* dalam kategori patuh berjumlah 60%. Dalam penelitian ini terdapat beberapa persamaan dan perbedaan dengan penelitian terdahulu, yaitu persamaan antara penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh Efa Trisna, yaitu sama-sama menggunakan variabel terikat adalah kepatuhan penerapan *surgical patient safety*, metode penelitian kuantitatif, teknik sampling menggunakan *total sampling* serta menganalisa dengan menggunakan analisa univariat dan bivariat. Sedangkan perbedaan antara keduanya terletak pada variabel bebas yang dilakukan oleh Efa Trisna berupa persepsi tim bedah tentang *Surgical Patient Safety*. Selain itu juga perbedaan mendasar antara keduanya, yaitu perbedaan jumlah sampel, tempat serta periode pengamatan. Efa Trisna melakukan penelitian di tahun 2016 dengan tempat penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Mayjen HM.Ryacudu, serta jumlah sampel yang diteliti sebanyak 30 responden.
- 2) Penelitian selanjutnya yaitu oleh Susanto; Herlina; Yudhi Susanto (2017) dengan judul penelitian “Hubungan antara Iklim Organisasi dan Beban Kerja dengan Tingkat Stres Perawat Kamar Bedah RSUD A.Wahab

Sjahanie Samarinda”. Dengan metode penelitian kuantitatif, jumlah populasi 92, jumlah sampel 92, teknik pengumpulan sampel dengan cara *Total Sampling*, dengan analisa menggunakan analisa bivariat dengan uji statistik *chi square*. Hasil penelitian menyebutkan bahwa “Ada hubungan antara Iklim Organisasi dengan Tingkat Stres Perawat Kamar Bedah RSUD A.Wahab Sjahanie Samarinda” ditunjukkan dengan nilai p value 0.000. Penelitian ini memiliki kesamaan dengan Susanto, Herlina, Yudhi Susanto, Yaitu sama-sama menggunakan metode penelitian kuantitatif, teknik sampling menggunakan *total sampling*, Selain itu analisa data menggunakan analisa bivariat dengan uji *chi square*, sampel diambil dari ruang kamar bedah. Sedangkan Perbedaan antara keduanya terletak pada variabel bebas yang dilakukan oleh Susanto, Herlina, Yudhi Susanto berupa analisa faktor. Selain itu juga perbedaan mendasar antara keduanya, yaitu perbedaan jumlah sampel, tempat serta periode pengamatan. Susanto, Herlina, Yudhi Susanto melakukan penelitian di tahun 2017 dengan tempat penelitian dilakukan di RSUD A.Wahab Sjahanie Samarinda, serta jumlah sampel yang diteliti sebanyak 92 responden.

- 3) Selanjutnya penelitian yaitu oleh Rista Apriana; Windyastuti; Yogi Dedy (2017) dengan judul penelitian “Hubungan Beban Kerja Dengan Kepatuhan Pengisian *Surgical Pasien Safety Checklist* Pada Perawat di Ruang Bedah Sentral Rumah Sakit ST. ELISABETH Semarang”. Dengan metode penelitian kuantitatif, jumlah populasi 31, jumlah sampel 31, teknik pengumpulan sampel dengan cara *Total Sampling*, dengan analisa menggunakan analisa bivariat dengan uji statistik *Spearman rank*. Hasil penelitian menyebutkan bahwa beban kerja perawat sangat berpengaruh terhadap kepatuhan pengisian *Surgical Patient Safety Checklist* di Instalasi Bedah Sentral RS ST. Elisabeth Semarang, Penentuan sampel menggunakan *total sampling* dan data dianalisis menggunakan uji *Spearman rank* dengan taraf kesalahan 5%. Perbedaan dan persamaan antara penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh Rista Apriana; Windyastuti; Yogi Dedy. yaitu : Penelitian ini

memiliki kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rista Apriana; Windyastuti; Yogi Dedy, yaitu sama-sama menggunakan metode penelitian kuantitatif, teknik sampling menggunakan *total sampling*, serta menganalisa dengan menggunakan analisa bivariat dan sampel diambil dari ruang kamar bedah. Sedangkan perbedaan antara keduanya terletak pada analisa yang menggunakan uji *Spearman Rank*. Selain itu perbedaan yang mendasar antara keduanya yaitu perbedaan jumlah sampel penelitian, tempat serta periode pengamatan. Rista Apriana; Windyastuti; Yogi Dedy melakukan penelitian di tahun 2017 dengan tempat penelitian terletak pada Rumah Sakit ST. ELISABETH Semarang, serta jumlah sampel yang diteliti sebanyak 31 responden.

- 4) Suryanti Klase, Rizaldy Taslim Pinzon, Andreasta Meliala (2015) dengan judul penelitian “Penerapan *Surgical Safety Checklist WHO* di RSUD Jaraga Sasameh Kabupaten Barito Selatan”. Dengan metode penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif, jumlah populasi 21, jumlah sampel 21, teknik pengumpulan sampel dengan cara *Total Sampling*. Hasil penelitian menyebutkan bahwa Dari 21 personel kamar bedah yang menjawab kuesioner, 100% menyadari keberadaan *Surgical Safety Checklist WHO* dan mengetahui tujuannya. Kebanyakan personel berpikir bahwa menggunakan checklist keselamatan Bedah WHO bermanfaat dan pelaksanaannya di kamar bedah merupakan keputusan yang tepat. Ada 90,5% personel yang menyatakan bahwa penggunaan *Surgical Safety Checklist WHO* cukup mudah untuk dilaksanakan. Persamaan antara penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh Rista Apriana; Windyastuti; Yogi Dedy. yaitu: sama-sama menggunakan teknik sampling menggunakan *total sampling*, Variabel yang diteliti penerapan *surgical safety surgery*, sampel diambil dari ruang kamar bedah. Sedangkan perbedaan antara keduanya terletak perbedaan jumlah sampel penelitian, tempat serta periode pengamatan. Suryanti Klase, Rizaldy Taslim Pinzon, Andreasta Meliala melakukan penelitian di tahun 2015 dengan tempat penelitian terletak di RSUD Jaraga Sasameh

Kabupaten Barito Selatan, serta jumlah sampel yang diteliti sebanyak 21 responden.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TEORI *BURNOUT*

1. Pengertian *Burnout*

Burnout merupakan keadaan stress secara psikologis yang sangat ekstrim sehingga individu mengalami kelelahan emosional dan motivasi yang rendah untuk bekerja. *Burnout* dapat merupakan akibat dari stress kerja yang kronis. *Burnout* merupakan perubahan sikap dan perilaku dalam bentuk reaksi menarik diri secara psikologis dari pekerjaan, seperti menjaga jarak dari orang lain maupun bersikap sinis dengan mereka, membolos, sering terlambat dan keinginan pindah kerja sangat kuat (Luh, Dian, & Sari, 2014)

Menurut Maslach dan Jackson dalam Guillermo *et al*, (2015) menyebutkan *burnout* perawat adalah kondisi yang menggambarkan respon terhadap stress kronis, berhubungan dengan pekerjaan, terdiri dari tiga komponen atau dimensi yaitu: kelelahan emosional, *depersonalisasi*, dan prestasi pribadi.

De La Fuente (2015) menyimpulkan prevalensi *burnout* di kalangan profesional keperawatan sangat tinggi, sindroma ini dihubungkan dengan jenis kelamin, usia, status perkawinan, tingkat kesehatan, shift kerja dan area layanan kesehatan. Neurotisme, *agreeability*, *extraversion* dan kesadaran diri adalah ciri-ciri kepribadian yang memprediksi setidaknya dua dimensi sindrom *burnout* pada perawat.

Disisi lain, Bakker dan Schaufeli, Sixma serta Bosveld menjabarkan *burnout* sebagai bentuk reaksi stress kerja yang spesifik pada orang-orang yang bekerja dalam bidang pelayanan sosial, sebagai hasil dari tuntutan emosional dalam hubungan antara karyawan dan orang-orang yang harus

dilayani. Dari kedua pengertian tersebut *burnout* merupakan fenomena yang sifatnya spesifik karena hanya dialami oleh mereka yang berprofesi sebagai karyawan dibidang sosial / melayani atau mengurus orang (Gunarsa, 2013).

2. Dimensi burnout

(Maslach dalam Umar, 2013). mengemukakan bahwa *burnout* terdiri dari tiga bagian yaitu:

1) *Emotional Exhaustion* (kelelahan emosional)

Merupakan suatu dimensi dari kondisi burnout yang berwujud perasaan dan energi terdalam sebagai hasil dari *excessive psychoemotional demands* yang ditandai dengan hilangnya perasaan dan perhatian, kepercayaan, minat, dan semangat. Orang yang mengalami *emotional exhaustion* ini akan merasa hidupnya kosong, lelah dan tidak dapat lagi mengatasi tuntutan pekerjaannya.

2) *Depersonalization* (depersonalisasi)

Merupakan tendensi kemanusiaan terhadap sesama yang merupakan pengembangan sikap sinis mengenai karir dan kinerja diri sendiri. Orang yang mengalami *depersonalisasi* merasa tidak satupun aktivitas yang dilakukannya bernilai atau berharga. Sikap ini ditunjukkan melalui perilaku yang acuh, bersikap sinis, tidak berperasaan dan tidak memperhatikan kepentingan orang lain.

3) *Reduce personal accomplishment* (penurunan pencapaian prestasi diri)

Merupakan atribut dari tidak adanya aktualisasi diri, rendahnya motivasi kerja dan penurunan rasa percaya diri. Sering kali kondisi ini mengacu pada kecenderungan individu untuk mengevaluasi diri secara negatif sehubungan dengan prestasi yang dicapainya. Ini adalah pengembangan dari *depersonalisasi*, sikap negatif maupun pandangan terhadap klien lama-kelamaan menimbulkan rasa bersalah pada diri pemberi pelayanan. Individu tidak akan merasa puas dengan hasil karyanya sendiri maupun orang lain. Perasaan ini akan berkembang menjadi penilaian terhadap diri

sendiri dalam pemenuhan tanggungjawab yang berkaitan dengan pekerjaannya.

3. Gejala *burnout*

Burnout adalah epidemi yang mempengaruhi karyawan, bahkan karyawan yang terbaik sekalipun. Tidak ada perusahaan, seberapa pun bagusnya, yang dapat benar-benar mencegah sejumlah karyawan pekerja keras mengalami kelelahan. Sering kali karyawan terbaik akan mengeluarkan terlalu banyak upaya untuk menyenangkan atasannya atau karena mereka punya ketakutan yang berkaitan dengan keamanan kerja (Hawley, 2010). Rossi (2009), bahwa gejala-gejala *burnout* dapat dikategorikan ke dalam tiga dimensi, yaitu *exhaustion*, *cynicism*, dan *ineffectiveness*

- 1) *Exhaustion* merupakan dimensi *burnout* yang ditandai oleh perasaan letih berkepanjangan baik secara fisik, mental, dan emosional. Ketika seseorang mengalami *exhaustion*, mereka merasakan energinya seperti terkuras habis dan ada perasaan “kosong” yang tidak dapat diatasi lagi. Gejala-gejala tersebut dipandang sebagai gejala inti dari *burnout*.
- 2) *Cynicism*, mencerminkan adanya sikap yang sinis terhadap orang-orang yang berada dalam lingkup pekerjaan dan kecenderungan untuk menarik diri serta mengurangi keterlibatan diri dalam bekerja. Perilaku tersebut diperlihatkan sebagai upaya untuk melindungi diri dari perasaan kecewa, penderitanya menganggap dengan berperilaku tersebut akan aman dan terhindar dari ketidakpastian dalam bekerja.
- 3) *Ineffectiveness*, mencerminkan adanya perasaan tidak berdaya, tidak lagi mampu melakukan tugas dan menganggap tugas-tugas yang dibebankan terlalu berlebihan, sehingga tidak sanggup lagi menerima tugas yang baru. Penderita dalam hal ini merasa bahwa dunia di luar dirinya menentang upaya untuk melakukan perbaikan dan kemajuan, sehingga kondisi tersebut akhirnya membuat mereka merasa kehilangan kepercayaan

terhadap kemampuannya sendiri dan juga kehilangan kepercayaan dari orang lain akibat perilakunya.

4. Manifestasi burnout

Hawley (2010), mengatakan tanda-tanda kelelahan pada karyawan yang mengalami *burnout* meliputi lesu, bosan, produktivitas menurun, ketiadaan antusiasme dan inisiatif, lebih sering absen atau terlambat, tidak mampu menangkap konsep dengan cepat, ketidaksabaran atau mudah tersinggung, serta selalu mengeluh

Manifestasi *burnout* meliputi gejala (Gunarsa, 2013):

- 1) Afektif, seperti merasa “kosong”, “terbelenggu”, dan gejala-gejala yang terkait dengan depresi (tidak berdaya, tidak berarti, dan kehilangan semangat). Selain itu penderita memperlihatkan perasaan mudah tersinggung dan sikap bermusuhan terhadap orang lain.
- 2) Kognitif, memperlihatkan gejala berkurangnya konsentrasi, mudah lupa dan sulit mengambil keputusan.
- 3) Psikomotor, memperlihatkan adanya gerakan-gerakan pada sekelompok otot yang tidak terkendali (*nervoustics*), mudah gelisah, atau sulit sekali untuk bersikap santai.
- 4) Manifestasi fisik, memperlihatkan melalui keluhan seperti sakit kepala, mual, nyeri otot, gangguan tidur, masalah seksual, kehilangan selera makan, nafas pendek.
- 5) Aspek perilaku, manifestasi *burnout* tampak pada meningkatnya ambang kepekaan, seperti menjadi kurang kendali diri dan mudah terprovokasi, serta adanya peningkatan konsumsi kopi dan alkohol.
- 6) Manifestasi sosial berhubungan dengan masalah-masalah interpersonal, terutama dalam lingkungan pekerjaan. Biasanya tidak hanya dengan rekan kerja, tetapi juga mencakup atasan, bawahan, dan pelanggan. Hal ini menyebabkan penderita *burnout* tampak menarik diri dari kontak sosial

dan memilih mengisolasi diri daripada bergabung dalam suatu interaksi dengan orang-orang lain disekitar mereka.

5. Sumber atau penyebab *burnout*

Maslach dan Leiter dalam Gunarsa (2013), penyebab *burnout* meliputi:

1) Kelebihan beban kerja

Beban kerja dalam perspektif organisasi berarti produktivitas, sedangkan dalam perspektif individu berarti waktu dan tenaga. Tantangan mendasar bagi setiap organisasi adalah menemukan kompromi antara kedua macam perspektif ini. Akan tetapi hal tersebut sulit dilakukan oleh pihak manajemen pada masa kini. Hal tersebut diakibatkan oleh ketatnya kompetisi mengharuskan manajemen melakukan efisiensi kerja. Hal tersebut berarti setiap orang dituntut untuk melakukan banyak hal dengan waktu dan biaya yang terbatas. Akibatnya, setiap karyawan mendapat beban yang sering kali melebihi kapasitas kemampuannya. Mereka harus melakukan berbagai macam tugas, sementara tugas-tugas tersebut semakin kompleks dengan semakin banyak tuntutan kualitas dan kuantitas akibat persaingan. Konsekuensinya, waktu pun semakin berkurang untuk melakukan hal-hal lain di luar pekerjaan. Banyak orang mengeluh “tidak punya waktu” jika diajak untuk melakukan aktivitas sosial, mereka selalu disibukkan dengan pekerjaan yang menghabiskan sebagian besar waktu. Kondisi seperti itu menghabiskan banyak energi yang akhirnya menimbulkan kelelahan baik secara fisik dan mental.

2) Kurangnya kontrol

Banyaknya tugas yang harus dilakukan membuat seseorang sulit menentukan prioritas, mana tugas yang harus dilaksanakan lebih dahulu. Karena sering kali banyak tugas yang harus menjadi prioritas karena tingkat kepentingan yang sama tingginya atau karena tingkat urgensinya sama. Semakin tinggi jabatan seseorang, semakin banyak dia diatur oleh agenda kerja (aturan protokoler) yang sering kali tidak bisa dihindari

meskipun hal tersebut tidak disukainya. Pada tingkat bawah pun, banyak karyawan yang merasa ditekan untuk melakukan berbagai macam tugas demi peningkatan produktivitas tanpa dia sendiri mampu melakukan kontrol terhadap pelaksanaannya. Ketika seseorang tidak dapat melakukan kontrol terhadap berbagai aspek penting dalam pekerjaan, maka semakin kecil peluang untuk dapat mengidentifikasi atau mengantisipasi masalah-masalah yang akan timbul. Akibatnya, orang menjadi lebih mudah mengalami *exhaustion* dan *cynicism*.

3) Sistem imbalan yang tidak memadai

Krisis yang melanda dunia kerja dewasa ini mengurangi kemampuan organisasi untuk memberikan sistem imbalan yang memadai. Orang berharap tidak hanya memperoleh gaji yang memadai dari pekerjaannya, namun juga pemenuhan rasa aman dan penghargaan serta peluang untuk mengembangkan karier. Akan tetapi tidak semua perusahaan mampu melakukan pemenuhan terhadap kebutuhan tersebut. Salah satu contributor yang berperan besar terhadap munculnya *burnout* adalah tidak adanya sistem imbalan intrinsik seperti: dapat melakukan tugas-tugas yang menyenangkan, membangun keahlian, dan memperoleh penghargaan dari mitra kerja. Kurangnya keseimbangan antara sistem imbalan yang bersifat (gaji, tunjangan) dan sistem imbalan intrinsik akan melemahkan semangat untuk menyukai pekerjaan dan akhirnya membuat seseorang merasa terbelenggu dengan hal-hal rutin yang mengakibatkan turunnya komitmen dan motivasi kerja. Hasil tersebut mulai menjadi gejala *burnout*.

4) Terganggunya sistem komunitas dalam pekerjaan

Pada hakikatnya manusia adalah makhluk sosial yang tidak dapat dipisahkan dari komunitasnya dimanapun dia berada. Namun, kondisi kerja dewasa ini pada berbagai sector bidang usaha lebih banyak terfokus pada perolehan keuntungan materi dalam jangka pendek dan sering kali mengabaikan unsur kemanusiaan. Persaingan yang ketat dan waktu kerja yang padat menyebabkan karyawan terpisah dari sesamanya. Keterpisahan

tersebut dapat bersifat fisik dalam arti seorang karyawan harus dapat menyelesaikan tugasnya sendiri tanpa kehadiran orang lain ataupun secara sosial, dalam arti dia harus mandiri karena rekan kerja menjadi competitor untuk meraih prestasi kerja yang dicanangkan perusahaan. Iklim kerja perusahaan yang bersifat kompetitif, individual, dan mengutamakan prestasi dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman karena hubungan sosial menjadi fragmentaris, sementara keterpisahan dari lingkungan sosial sebenarnya menimbulkan suatu perasaan tidak aman bagi seseorang yang pada akhirnya mudah memicu konflik. Penyelesaian konflik sering kali menguras banyak energi dan mudah menggiring seseorang ke arah burnout.

5) Hilangnya keadilan

Lingkungan kerja dipandang bersikap adil jika memiliki tiga hal, yaitu kepercayaan, keterbukaan, dan rasa hormat.

Ketiga aspek ini penting untuk menjaga keterlibatan seseorang terhadap pekerjaannya. Ketidakhadiran aspek-aspek tersebut secara langsung akan menimbulkan *burnout*. Manajemen yang terbuka dan menghargai kontribusi setiap orang sangat didambakan oleh karyawan. Sistem manajemen seperti ini menimbulkan kepercayaan yang tinggi dari karyawan kepada instansi. Akan tetapi tekanan kompetisi yang tinggi sering kali menyebabkan manajemen tidak lagi dapat bersikap terbuka karena ada strategi manajemen yang perlu dirahasiakan agar tidak bocor ke kompetitor. Hal tersebut dapat menimbulkan ketidakpercayaan yang jika dibiarkan akan menimbulkan sikap sinis pada pihak manajemen. Kondisi lain dari sistem manajemen yang juga dapat menimbulkan ketidakadilan antara lain adalah penerapan aturan yang tidak konsisten dan komunikasi yang tidak lancar diantara berbagai divisi atau antara pimpinan dan pelaksana. Ketika karyawan merasakan ketidakadilan, berbagai reaksi akan muncul dan sebagian orang dapat bereaksi dengan

cara menarik diri dan mengurangi keterlibatannya dalam pekerjaan. Selanjutnya gejala-gejala *burnout* mulai akan muncul

6. Strategi penanganan *burnout*

Gunarsa (2013), strategi penanganan *burnout* meliputi:

1) Dimulai dari organisasi

Turner dan Helm dalam Gunarsa (2013), mengungkapkan bahwa *burnout* lebih banyak dialami oleh karyawan yang idealis, yang dinamis, yang dinamis dan berorientasi pada pencapaian tugas. Karyawan seperti ini merupakan karyawan yang dapat diandalkan untuk memajukan dan mengembangkan organisasi. Oleh karena itu penanganan pada tahap organisasi akan lebih efektif, karena tidak hanya individu tersebut saja yang dilibatkan, namun rekan kerja atau atasan juga dilibatkan dalam penyelesaian masalah dalam satu instansi.

2) Pendekatan individual

Semua orang akan mengalami perubahan pada usia pertengahan, akan tetapi berbeda dalam kualitas, kuantitas, maupun intensitas. Begitu pula dengan permasalahan yang dialami setiap individu bentuk dan tingkatannya berbeda-beda. Oleh karena itu perlu pendekatan yang lebih bersifat individual atau personal. Pada tahap awal pendekatan pribadi diperlukan untuk mengidentifikasi permasalahan dan intensitas *burnout* beserta kondisi (kelebihan dan kekurangan) karyawan. Selanjutnya dapat dilakukan perubahan kondisi kerja dengan memperbaiki desain pekerjaan dan memberikan otonomi yang lebih besar kepada para karyawan. Pendekatan pribadi juga dapat digunakan untuk menciptakan peran-peran baru bagi setiap karyawan. Misalnya meminta para karyawan terutama yang senior untuk menjadi mentor atau trainer bagi karyawan yang masih baru. Sehingga peran baru tersebut akan menguntungkan karyawan dan organisasi (Gunarsa, 2013).

3) Memperbaiki kebijakan organisasi

Kebijakan organisasi sangat berperan besar dalam menumbuhkan burnout. Oleh karena itu burnout juga akan dapat diatasi atau dicegah melalui perubahan dan perbaikan kebijakan organisasi. Sistem imbalan, beban kerja, otonomi, hubungan atasanbawahan, semuanya merupakan bagian dari iklim kerja suatu organisasi. Jika aspek-aspek tersebut sesuai dengan harapan karyawan, maka iklim kerja yang kondusif akan terbentuk. Begitu juga sebaliknya jika kebijakan organisasi tidak dapat memenuhi harapan karyawan, banyak keluhan dan ketidakpuasan akan muncul, sementara iklim kerja yang destruktif pun terbentuk (Gunarsa, 2013).

B. TEORI KEPATUHAN

1. Pengertian Kepatuhan

Menurut Lunenburg (2015) teori kepatuhan (*compliance theory*) adalah sebuah pendekatan terhadap struktur organisasi yang mengintegrasikan ide-ide dari model klasik dan partisipasi manajemen. Sedangkan menurut H.C Kelman dalam Anggraeni dan Kiswaran (2013) *compliance* diartikan sebagai suatu kepatuhan yang didasarkan pada harapan akan suatu imbalan dan usaha untuk menghindarkan diri dari hukuman yang mungkin dijatuhkan.

Kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan (patuh berarti suka menurut terhadap perintah, dan terhadap aturan, berdisiplin). Kepatuhan (*compliance*), juga dikenal sebagai ketaatan (*Adherence*) adalah derajat dimana seseorang mengikuti anjuran peraturan yang ada. Berdasarkan definisi tersebut, jelas bahwa yang dimaksud kepatuhan adalah tingkat ketaatan seseorang untuk mengikuti/tidak mengikuti aturan, anjuran ataupun nasihat yang diberikan.

Kepatuhan merupakan modal dasar seseorang berperilaku. Perubahan sikap dan perilaku individu diawali dengan proses patuh, identifikasi dan tahap terakhir berupa internalisasi. Pada awalnya individu mematuhi anjuran/instruksi tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan

seringkali karena ingin menghindari hukuman/sangsi jika dia tidak patuh atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan jika dia mematuhi anjuran tersebut, tahap ini disebut tahap kepatuhan (*compliance*). Biasanya perubahan yang terjadi pada tahap ini sifatnya sementara, artinya bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan. Tetapi begitu pengawasan itu mengendur, perilaku itu pun ditinggalkan.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Perilaku manusia termasuk perilaku kepatuhan sangat dipengaruhi dan ditentukan oleh faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor pendorong (*reinforcing factors*).

1) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang menjadi dasar atau motivator untuk seseorang berperilaku atau dapat pula dikatakan sebagai faktor preferensi pribadi yang bersifat bawaan yang dapat mendukung ataupun menghambat seseorang untuk berperilaku tertentu. Terwujud dalam bentuk pengetahuan, nilai-nilai, kepercayaan, keyakinan, dan lain sebagainya.

a) Pengetahuan

Merupakan hasil penginderaan manusia terhadap objek di luarnya melalui indera-indera yang dimiliki. Pada waktu penginderaan terjadi proses perhatian, persepsi, penghayatan dan sebagainya terhadap stimulus atau objek diluar subjek. Pengetahuan tersebut dapat diukur atau diobservasi melalui apa yang diketahui tentang objek. Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun hubungan positif keduanya telah diperlihatkan oleh banyak penelitian. Tingkat pengetahuan dapat dinilai dari tingkat penguasaan individu/seseorang terhadap suatu objek, pengetahuan digolongkan menjadi 3 kategori yaitu :

- Baik : 76-100 % jawaban benar
- Cukup : 56-75 % jawaban benar
- Kurang : < 56 % jawaban benar

b) Sikap

Merupakan reaksi atau respon emosional seseorang terhadap stimulus atau objek diluarnya. Respon emosional ini lebih bersifat penilaian atau evaluasi pribadi terhadap stimulus atau objek diluarnya, penilaian ini dapat dilanjutkan dengan kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Oleh sebab itu sikap terhadap sesuatu tidak selalu berakhir dengan perilaku yang sesuai dengan sikap tersebut.

c) Tingkat Pendidikan

Pendidikan berpengaruh terhadap pola pikir individu. Sedangkan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang dengan kata lain pola pikir seseorang yang berpendidikan rendah akan berbeda dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan tinggi. Pendidikan keperawatan memiliki pengaruh besar terhadap kualitas pelayanan keperawatan. Pendidikan yang tinggi seseorang perawat akan memberi pelayanan yang optimal.

d) Umur

Umur berpengaruh terhadap pola pikir seseorang dan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Umur seseorang secara garis besar menjadi indikator dalam setiap mengambil keputusan yang mengacupada setiap pengalamannya, dengan demikian banyak umur maka dalam menerima sebuah interupsi dan dalam melaksanakan dalam suatu prosedur akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman. Semakin cukup umur akan semakin matang dalam berpikir dan bertindak.

e) Masa Kerja

Masa kerja adalah (lama kerja) pengalaman individu yang akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan. Menurut Andini (2015) menyatakan bahwa masa kerja yang lama akan cenderung membuat seseorang betah dalam sebuah organisasi hal disebabkan karena telah beradaptasi dengan lingkungan yang cukup

lama sehingga akan merasa nyaman dalam pekerjaannya.

2) Faktor pendukung

Faktor pendukung yaitu setiap karakteristik lingkungan yang memudahkan perilaku kesehatan dan keterampilan atau sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan perilaku. Terwujud hal tersebut dapat dilihat dalam bentuk lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas. Dalam hal ini yang menjadi faktor pendukung adalah kesediaan sumber daya (fasilitas, alat/bahan) dan Standart operasional Prosedur (SOP).

- a) Sumber daya, para ahli berpendapat bahwa kegagalan manager tingkat atas adalah kegagalan memberikan sumber daya yang diperlukan. Jika sumber daya tidak disediakan, maka persepsi di tingkat bawahan adalah bahwa kegiatan tersebut bukan merupakan prioritas bila dibandingkan dengan yang disediakan sumber daya (fasilitas). Sesuai dengan pendapat tersebut dapat dijelaskan bahwa sumberdaya merupakan faktor yang perlu ada untuk melaksanakannya suatu perilaku. Fasilitas yang tersedia hendaknya dalam jumlah dan jenis yang memadai dan selalu dalam keadaan siap pakai. Tidak tersedianya fasilitas, peralatan ataupun bahan untuk menerapkan suatu pekerjaan sesuai SOP dapat mempersulit dan menimbulkan masalah dalam pelaksanaannya.
- b) Standar, merupakan nilai ideal yang harus dicapai dalam suatu kegiatan atau produk. Karena nilai yang diinginkan adalah nilai ideal maka ukuran yang digunakan biasanya berupa nilai minimal dan nilai maksimal. Dengan demikian dapat diartikan, bahwa setandar operasional prosedur merupakan tingkat ideal suatu kegiatan yang diinginkan dengan berpedoman pada prosedur yang telah ditetapkan. Ketersediaan SOP akan membantu petugas dalam upaya menjaga mutu pada tingkat ideal yang diinginkan dengan

menerapkan langkah-langkah yang telah ditetapkan menggunakan fasilitas, peralatan bahan sesuai standar yang telah ditentukan.

3) Faktor Pendorong/Penguat

Faktor pendorong adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Seseorang akan patuh bila masih dalam pengawasan atau bimbingan dan bila pengawasan mengendur maka perilaku akan ditinggalkan. Di dalam standar tenaga keperawatan dirumah sakit, yang dikeluarkan oleh direktorat Pelayanan Keperawatan Dirjen Yan Medik tahun 2001, disebutkan pula bahwa untuk menjamin tercapainya pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien, diperlukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program oleh Manager keperawatan Tertinggi. Pengawasan harus tepat dalam tipe dan jumlahnya, jika pengawasan tidak adekuat maka aktivitas perawat akan jauh dari standart yang ditetapkan.

3. Faktor- faktor Yang Mempengaruhi Ketidapatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidak kepatuhan adalah :

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif

2) Faktor Lingkungan dan Sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan. Lingkungan berpengaruh besar, lingkungan yang harmonis dan positif akan membawa dampak yang positif

serta sebaliknya.

3) Interaksi Petugas Kesehatan dengan Klien

Meningkatkan interaksi petugas kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit dan bagaimana pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, semakin teratur pula pasien melakukan kunjungan.

4) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2014). Menurut fungsinya pengetahuan merupakan dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran, dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Adanya unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa, sehingga tercapai suatu konsistensi. Semakin tinggi tingkat pengetahuan, semakin baik pula tingkat kepatuhan.

4. Faktor penyebab ketidakpatuhan perawat

- a) Beban kerja berlebihan, terlalu banyak pekerjaan, sedikitnya waktu yang tersedia dan tidak adanya dukungan sistem menghabiskan cadangan sumber daya dan dampak pada menurunnya kualitas kerja, misal ; rasio perawat dengan jumlah pasien yang tidak seimbang, banyaknya jumlah transaksi yang harus dilakukan petugas bank, manajer yang berlaku banyak melakukan tugas administrasi dan sebagainya.
- b) Kurangnya wewenang, besarnya tanggung jawab yang harus dipikul namun tidak disertai wewenang dalam membuat keputusan, misal ;

campur tangan atasan yang berlebihan sampai ke aspek teknis, Standar Operating Prosedur (SOP) yang terlalu kaku.

- c) Imbalan yang tidak memadai, kecilnya upah dibandingkan dengan volume pekerjaan, tidak menariknya skema insentif dari target yang dicapai, terjadinya perubahan kebijakan yang lebih besar dari kebijakan sebelumnya, misal ; penundaan kenaikan upah, perubahan menjadi tenaga kontrak, pengurangan tunjangan kesejahteraan, setidaknya bonus dan sebagainya.
- d) Hilangnya sambung rasa ; terjadi pengkotak-kotakan penugasan yang berdampak pada meningkatkan isolasi sosial dalam lingkungan kerja, misal : adanya job dserk yang terlalu kaku, gaya manajemen, “*devide et empera*” yang suka memelihara konflik dan sebagainya.
- e) Terjadinya konflik nilai, ketidaksesuaian antara prinsip pribadi dengan tuntutan pekerjaan, misalnya penugasan yang mengharuskan mereka “menyogok” berbohong ataupun teknik lain yang menghalalkan segala cara namun aktifitas tersebut bertentangan dengan nilai moral yang diyakininya.
 “Keluaran” dari praktek “yang tidak *fair*” inilah yang berpotensi menimbulkan sinisme, menurunnya motivasi, kinerja hingga kelelahan mental kronis pada karyawan.

C. Teori Perawat

1. Pengertian perawat

Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Kusnanto (2009), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/ asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan. Wardhono (2008) mendefinisikan perawat adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan professional keperawatan, dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran serta fungsinya. Perawat

adalah suatu 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 membantu memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien (Suwignyo, 2011).

2. Peran Dan Fungsi Perawat

Fungsi perawat dalam melakukan pengkajian pada individu sehat maupun sakit dimana segala aktifitas yang dilakukan berguna untuk pemulihan kesehatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki, aktifitas ini dilakukan dengan berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin dalam bentuk proses keperawatan yang terdiri dari tahap pengkajian, identifikasi masalah (diagnosa keperawatan), perencanaan, implementasi dan evaluasi. Perhatian perawat profesional pada waktu menyelenggarakan pelayanan keperawatan adalah pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia (Sudarma, 2008). Profil perawat profesional adalah gambaran dan penampilan menyeluruh perawat dalam melakukan aktifitas keperawatan sesuai dengan kode etik keperawatan (Sudarma, 2008). Aktifitas keperawatan meliputi peran dan fungsi pemberi asuhan keparawatan, praktek keperawatan, pengelola institusi keperawatan, pendidikan klien serta kegiatan penelitian dibidang keperawatan (Sieglar dalam Sudarma, 2008).

1) Peran pelaksana

Peran ini dikenal dengan "Care Giver" peran perawat dalam memberikan asuhan keparawatan secara langsung atau tidak langsung kepada klien sebagai individu, keluarga dan masyarakat, dengan metoda pendekatan pemecahan masalah yang disebut proses keperawatan. Dalam melaksanakan peran ini perawat bertindak sebagai comforter, protector, advocate, communicator serta rehabilitator. Sebagai comforter perawat berusaha memberi kenyamanan dan rasa aman pada klien. Peran protector

dan advokat lebih berfokus pada kemampuan perawat melindungi dan menjamin hak dan kewajiban klien agar terlaksana dengan seimbang dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Peran sebagai communicator, perawat bertindak sebagai penghubung antara klien dengan anggota kesehatan lainnya. Peran ini erat kaitannya dengan keberadaan perawat mendampingi klien sebagai pemberi asuhan keperawatan selama 24 jam, sedangkan rehabilitator, berhubungan erat dengan tujuan pemberian asuhan keperawatan yakni mengembalikan fungsi organ atau bagian tubuh agar sembuh dan dapat berfungsi normal.

2) Peran sebagai pendidik

Perawat berperan sebagai pendidik dalam mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat serta tenaga kesehatan yang berada dibawah tanggung jawabnya. Peran ini berupa penyuluhan kepada klien, maupun bentuk desimilasi ilmu kepada peserta didik keperawatan.

3) Peran Sebagai Pengelola

Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan dalam kerangka paradigma keperawatan. Sebagai pengelola perawat dalam memantau dan menjamin kualitas asuhan atau pelayanan keperawatan serta mengorganisasi dan mengendalikan sistem pelayanan keperawatan. Karena pengetahuan pemahaman perawat yang kurang sehingga pelaksana perawat pengelola belum maksimal, mayoritas posisi, lingkup kewenangan dan tanggungjawab perawat hampir tidak berpengaruh dalam perencanaan dan pengambilan keputusan.

4) Peran sebagai peneliti

Perawat sebagai peneliti dibidang keperawatan, diharapkan mampu mengidentifikasi masalah penelitian, menerapkan prinsip dan metoda penelitian serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan dan pendidikan keperawatan. Penelitian di dalam bidang keperawatan berperan dalam mengurangi kesenjangan penguasaan

teknologi di bidang kesehatan, karena temuan penelitian lebih memungkinkan terjadinya transformasi ilmu pengetahuan dan teknologi, selain itu penting dalam memperkuat upaya menetapkan dan memajukan profesi keperawatan.

3. Perawat Ruang Operasi / kamar bedah

Perawat ruang operasi / kamar bedah berdasarkan fungsi dan tugasnya terbagi menjadi 5 (Mutaqqin dkk, 2009).

a) Perawat Administratif

Perawat administratif merupakan perawat yang berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Biasanya terdiri dari perencanaan dan pengaturan staf, kolaborasi penjadwalan pasien bedah, perencanaan manajemen material, dan manajemen kinerja.

b) Perawat Instrumen

Perawat instrumen merupakan perawat yang memiliki tanggung jawab terhadap manajemen instrument operasi pada setiap jenis pembedahan.

c) Perawat Sirkulasi

Perawat sirkulasi merupakan perawat yang bertanggung jawab menjamin terpenuhinya perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrument dan mengobservasi pasien tanpa menimbulkan kontaminasi terhadap area steril.

d) Penata Anestesi

Penata anestesi adalah perawat dengan pendidikan perawat khusus memberikan anestesi kepada pasien. Peran utama sebagai perawat anestesi pada tahap praoperatif adalah memastikan identitas pasien yang akan dibius dan melakukan medikasi praanestesi. Kemudian pada tahap intraoperatif bertanggung jawab terhadap manajemen pasien, instrument dan obat bius membantu dokter anestesi dalam proses pembiusan sampai pasien sadar penuh setelah operasi.

e) Perawat Ruang Pemulihan

Pada pelaksanaan operasi perawat anestesi yang ada di ruang pemulihan berperan pada hampir seluruh pembiusan umum. Perawat anestesi dapat melakukan tindakan pra-induksi, pembiusan umum dan sampai pasien sadar penuh di ruang pemulihan

D. Konsep *Safety Surgery Checklist*

1. Pengertian

Safety surgery checklist dapat diartikan dengan upaya memastikan tepat, lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi di kamar operasi. Salah lokasi, salah-prosedur, salah pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi.

Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. (Kemenkes RI, 2011). Program operasi yang aman menyelamatkan hidup (*Safety Surgery Saves Lives*) dimulai oleh WHO *patient Safety* sebagai bagian dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang bertujuan untuk mengurangi kematian akibat pembedahan di dunia. (*nurse and science from perawat ugm*, 2011).

2. *Surgical safety checklist* (SSCL) menurut WHO

Makaryet al. (2006) dalam penelitiannya mengatakan keselamatan pasien dalam pembedahan merupakan hal yang sangat diperhatikan. Kesalahan komunikasi dalam tim bedah merupakan penyebab terjadinya kesalahan dalam pembedahan, baik pada sisi bedah maupun pada prosedur

pembedahan yang lain oleh karena itu dibutuhkan komunikasi yang baik dan kerjasama dalam kerja tim bedah untuk meningkatkan keselamatan pasien. Kolaborasi yang baik antara dokter bedah, anestesi dan perawat sangat penting manajemen kamar bedah. Manajemen kepemimpinan dikamar bedah sangat dibutuhkan dalam meningkatkan komunikasi dan kerjasama antar tim bedah (showanet *al*, 1999).

Penggunaan *surgical safety checklist* WHO dapat meningkatkan kolaborasi dalam kamar bedah. *Surgical safety checklist* WHO telah banyak digunakan didunia dan dapat dibuktikan mampu menurunkan angka kematian dan komplikasi akibat pembedahan. Dimana penggunaan *surgical safety checklist* WHO sudah digunakan oleh negara Amerika Serikat, dimana dapat menurunkan angka komplikasi 11% sampai 7%, penggunaan antibiotik profilaksis juga meningkat, sebelum penggunaan SSCL 56% dan sesudah menggunakan SSCL menjadi 83%, infeksi luka operasi juga berkurang 33% sampai dengan 88%, dan konfirmasi tentang benar pasien juga meningkat dari 54% menjadi 92% (Baldrige & Malcolm, 2009).

3. Fungsi *Surgical Checklist* WHO

Fungsi yang paling umum adalah menyediakan informasi yang detail mengenai kasus yang sedang dikerjakan, konfirmasi detail, penyuaaran fokus diskusi dan pembentukan tim. Selain itu diskusi checklist juga memberikan kesempatan bagi pendidikan dan pembuat keputusan. Anggota tim operasi ditekankan pentingnya informasi dan kerjasama tim sebagai fungsi paling penting dari *checklist* (Lingard *et al.*, 2005). Solusi yang paling sederhana adalah dengan menggunakan checklist kertas. Penggunaan *checklist* kertas merupakan salah satu solusi karena *checklist* kertas dapat disediakan dengan cepat dan membutuhkan biaya sedikit, selain itu *checklist* kertas juga dapat disediakan ukuran dan bentuknya sesuai kebutuhan. *Checklist* kertas tidak memerlukan penguasaan teknologi yang tinggi untuk menyisinya selain itu sesuai untuk kondisi kegawatan dan situasi tertentu, sehingga pemenuhan pengisian ceklist dapat dilaksanakan (Verdaasdonk *et al.*, 2009).

Tujuan utama dari WHO *surgical safety checklist* dan manualnya untuk membantu mendukung bahwa tim secara konsisten mengikuti beberapa langkah keselamatan yang kritis dan meminimalkan hal yang umum dan risiko yang membahayakan dan dapat dihindari dari pasien bedah. Checklist juga memandu interaksi verbal antar tim sebagai arti konfirmasi bahwa standar perawatan yang tepat dipastikan untuk setiap pasien. Untuk mengimplementasikan checklist selama pembedahan, seorang harus bertanggungjawab untuk melakukan pengecekan checklist. Hal ini diperlukan seorang checklist koordinator biasanya perawat sirkuler tapi dapat berarti setiap klinisi yang berpartisipasi dalam operasi.

Checklist membedakan operasi menjadi 3 fase dimana berhubungan dengan waktu tertentu seperti pada prosedur normal-periode sebelum induksi anestesi, setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan dan periode selama atau setelah penutupan luka tapi sebelum pasien masuk *recovery room*. Dalam setiap fase, ceklist koordinator harus diijinkan mengkonfirmasi bahwa tim sudah melengkapi tugasnya sebelum proses operasi dilakukan.

1. Tiga fase operasi :

a) Fase *sign in*

Fase *sign in* adalah fase sebelum induksi anestesi, koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, oksimeter pulse pada pasien berfungsi. Koordinator dengan profesional anestesi mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi

b) Fase *time out*

Fase *time out* adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras

mereka melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.

c) Fase *sign out*

Fase *sign out* adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah akhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi.

Setiap langkah harus dicek secara verbal dengan anggota tim yang sesuai untuk memastikan bahwa tindakan utama telah dilakukan. Oleh karena itu, sebelum induksi anastesi, koordinator ceklist secara verbal akan mereview dengan anastesi dan pasien (jika mungkin) bahwa identitas pasien sudah dikonfirmasi, bahwa prosedur dan tempat yang dioperasi sudah benar dan persetujuan untuk pembedahan sudah dilakukan. Koordinator akan melihat dan mengkonfirmasi secara verbal bahwa tempat operasi sudah ditandai jika mungkin dan mereview dengan anastesi risiko kehilangan darah pada pasien, kesulitan jalan napas dan reaksi alergi dan mesin anastesi serta pemeriksaan medis sudah lengkap. Idealnya ahli bedah akan hadir pada fase sebelum anastesi ini sehingga mempunyai ide yang jelas untuk mengantisipasi kehilangan darah, alergi, atau komplikasi pasien yang lain.

2. Penandaan luka operasi

Pemberian tanda ditempat operasi adalah menjamin tidak terjadinya keraguan tempat insisi bedah. Dalam prosedur penandaan harus jelas ditentukan:

- a) Siapa yang memberi tanda
- b) Kapan dilakukan penandaan
- c) Bagaimana cara penandaannya

d) Jenis operasi apa yang perlu diberi penandaan

Tabel.2.1 Ketentuan Penandaan Tempat Operasi

Variabel	Penjelasan
Siapa yang memberi tanda	Dokter yang melakukan tindakan operasi/pembedahan
Kapan dilakukan penandaan	Dilakukan sebelum tindakan induksi anestesi (rawat inap, poliklinik rawat jalan, persiapan kamar operasi).
Bagaimana penandaannya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap penandaan tempat operasi harus melibatkan pasien dan atau keluarga 2. Bentuk penandaan dapat dilihat dengan jelas dan berupa centang 3. Marker yang digunakan tidak hilang saat tempat operasi dicuci 4. Pembedahan yang melibatkan ekstremitas secara lateral (kanan atau kiri) 5. Struktur multiple (jari tangan/kaki) Level (<i>spine</i>)
Jenis operasi apa yang perlu diberi penandaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap penandaan tempat operasi harus melibatkan pasien dan atau keluarga 2. Bentuk penandaan dapat dilihat dengan jelas dan berupa centang 3. Marker yang digunakan tidak hilang saat tempat operasi dicuci 4. Pembedahan yang melibatkan ekstremitas secara lateral (kanan atau kiri) 5. Struktur multiple (jari tangan/kaki) Level (<i>spine</i>) 6. Pada keadaan berikut adalah pengecualian dalam prosedur pemberian marker: <ol style="list-style-type: none"> a) Operasi pada organ yang jumlahnya hanya satu. b) Intervensi kasus pada tempat yang sudah terpasang kateter atau instrument lain. c) Gigi. d) Bayi prematur, dimana marker dapat meyebabkan tato permanen. e) Pasien menolak prosedur pemberian marker dilokasi tempat operasi.

Sumber : KKPRS PERSI, 2015

3. Prosedur

Cek keselamatan ini penting untuk dilengkapi sebelum induksi anestesi dalam rangka untuk keselamatan. Dalam hal ini membutuhkan kehadiran dari setidaknya anestesist dan perawat. Detail dari setiap langkah adalah sebagai berikut:

- 1) Apakah pasien sudah dikonfirmasi identitasnya, tempat operasi, prosedur dan persetujuan?

Koordinator ceklist secara verbal menkonfirmasi identitas pasien, tipe prosedur yang akan dilaksanakan, tempat pembedahan, dan persetujuan pembedahan yang sudah diberikan. Walau hal ini terlihat berulang kali, namun langkah ini penting untuk memastikan tim tidak mengoperasi pasien yang salah atau bagian yang salah atau melakukan prosedur yang salah. Saat konfirmasi dengan pasien tidak mungkin dilakukan seperti pada kasus anak atau pasien yang cacat, pengasuh atau keluarga dapat menggantikan peran pasien. Jika pengasuh atau keluarga tidak ada dapat dilewati, seperti halnya dalam gawat darurat, tim harus memahami alasan dan persetujuan yang perlu diproses.

- 2) Apakah tempat operasi sudah ditandai ?

Koordinator ceklist harus mengkonfirmasi bahwa ahli bedah yang melakukan operasi sudah menandai tempat yang akan dibedah (dengan marker yang permanen) pada kasus yang melibatkan bagian tubuh samping (kanan-kiri) atau struktur yang banyak atau bertingkat (contoh: bagian jari, jari kaki, lesi kulit, tulang belakang). Penandaan tempat operasi untuk struktur menengah (contoh: tiroid), atau struktur tunggal (contoh: spleen) harus mengikuti praktek yang biasa dilakukan. Pemberian tanda tempat yang dioperasi pada semua kasus, bagaimanapun juga, dapat menyediakan salinan cek dari tempat dan prosedur yang tepat

- 3) Apakah mesin anestesi dan pemeriksaan medis sudah lengkap?
Koordinator ceklist melengkapi langkah ini dengan menanyakan kepada anestesist untuk memverifikasi kelengkapan dari ceklist keselamatan anestesi, memahami inspeksi formal dari peralatan anestesi, sirkuit pernafasan, medikasi, dan resiko anestesi pasien sebelum pembedahan. Untuk membantu mengingat, sebagai tambahan apakah pasien fit untuk pembedahan tersebut, tim anestesi harus melengkapi ABCDE's-pemeriksaan dari perlengkapan Airway, Breathing sistem (meliputi oksigen dan agen inhalasinya), *suction*, *Drugs and Devices* (obat dan alat) dan *Emergency medication* (medikasi emergensi), peralatan dan bantuan untuk mengkonfirmasi ketersediaan dan berfungsi dengan baik.
- 4) Apakah *pulse oximeter* sudah dipasang pada pasien dan berfungsi?
Koordinator ceklist mengkonfirmasi bahwa *pulse oximeter* sudah dipasang pada pasien dan berfungsi dengan baik sebelum induksi anestesi. Idealnya indikator *pulse oximeter* dapat terlihat oleh semua tim operasi. Sistem suara harusnya digunakan untuk memberikan tanda pada tim tentang denyut nadi dan saturasi oksigen. *Pulse oximeter* sudah direkomendasikan sebagai komponen yang dibutuhkan untuk anestesi yang aman oleh WHO. Jika *pulse oximeter* tidak berfungsi, maka ahli bedah dan anestesist harus mengevaluasi ketajaman pada kondisi pasien dan mempertimbangkan penundaan operasi hingga langkah yang lengkap dipenuhi untuk keselamatan. Dalam keadaan yang urgen untuk menyelamatkan nyawa maka hal ini dapat dilewati, namun pada kondisi ini tim harus melakukan dengan persetujuan tentang kebutuhan untuk melakukan operasi.
- 5) Apakah pasien memiliki alergi?
Koordinator ceklist harus langsung menanyakan ini dan dua pertanyaan selanjutnya kepada anestesist. Pertama, koordinator harus bertanya apakah pasien memiliki alergi yang diketahui dan jika ada,

alergi terhadap apa. Jika koordinator mengetahui alergi di pasien yang tidak diperhatikan oleh anestesist, maka koordintaor harus mengkomunikasikan kepada anestesist.

- 6) Apakah pasien memiliki risiko kesulitan jalan nafas/risiko aspirasi?

Koordinator ceklist harus secara verbal mengkonfirmasi bahwa tim anestesi sudah secara objektif mengkaji apakah pasien memiliki kesulitan jalan nafas. Ada beberapa jalan untuk menilai airway (seperti Mallampati skor, jarak thyromental, atau Bellhous-Dore skor). Evaluasi yang objektif untuk jalan nafas dengan metode yang valid lebih penting dari pada pilihan metode itu sendiri. Kematian dari jalan nafas selama anestesi adalah bencana yang global namun dapat dicegah dengan rencana yang tepat. Jika evaluasi jalan nafas menunjukkan resiko tinggi untuk kesulitan jalan nafas (seperti skor Mallampati 3 atau 4), tim anestesi harus mempersiapkan melawan kebuntuan jalan nafas. Dalam hal ini termasuk penggunaan pendekatan anestesi yang minimum dan memiliki peralatan gawat darurat yang cukup. Resiko aspirasi juga harus dievaluasi sebagai bagian dari pengkajian *airway*. Jika pasien memiliki gejala refluks aktif atau perut yang penuh, maka anestesist harus mempersiapkan kemungkinan aspirasi. Resiko ini dapat dikurangi dengan memodifikasi rencana anestesi sebagai contoh dengan induksi cepat dan meminta bantuan asisten untuk menekan cricoid selama induksi. Untuk pasien yang dikenali memiliki kesulitan jalan nafas atau dalam resiko untuk aspirasi, induksi anestesi harus dimulai saat anestesist sudah mengkonfirmasi bahwa dia telah memiliki peralatan yang adekuat dan adanya asisten di sampingnya.

- 7) Apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah >500 ml (7 ml/kg pada anak)?

Pada langkah keselamatan ini, koordinator ceklist menanyakan pada tim anestesi apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah lebih

dari setengah liter darah selama operasi untuk meyakinkan dan mengenali serta mempersiapkan untuk kejadian kritis. Kehilangan volume darah yang besar adalah bahaya yang paling umum dan berbahaya untuk pasien bedah dengan risiko syok hipovolemik yang mungkin terjadi saat darah hilang melebihi 500 ml (7 ml/kg pada anak). Persiapan yang adekuat dan resusitasi mungkin untuk pertimbangan persiapan. Ahli bedah mungkin tidak secara konsisten mengkomunikasikan risiko dari kehilangan darah kepada anestesist dan staff perawat. Oleh karena itu, jika anestesist tidak mengetahui bagaimana risiko utama dari kehilangan darah untuk kasus operasi, maka dia harus berdiskusi dengan ahli bedah tentang risiko kehilangan darah sebelum operasi dimulai. Jika terdapat resiko yang signifikan untuk kehilangan darah lebih dari 500 ml direkomendasikan dua jalur intravena atau dua jalur CVC. Sebagai tambahan, tim harus mengkonfirmasi ketersediaan dari cairan atau darah untuk resusitasi. (catatan tentang kehilangan darah yang akan terjadi akan direview lagi oleh ahli bedah sebelum insisi. Hal ini akan menyediakan cek kedua untuk keselamatan untuk anastesi dan staff perawat). Jika poin ini sudah dilengkapi maka fase ini sudah lengkap dan tim dapat melakukan proses induksi anastesi.

8) Sebelum Insisi Kulit

Sebelum membuat insisi bedah yang pertama, perlu dilakukan pengecekan bahwa cek keselamatan yang penting sudah dilakukan. Cek ini akan dilakukan oleh semua anggota tim. Pastikan semua anggota tim memperkenalkan diri dengan nama dan perannya. Tim operasi mungkin sering berubah, efektif manajemen dari situasi yang berisiko tinggi membutuhkan pengertian siapa anggota tim operasi dan peran serta kemampuan mereka. Sebuah perkenalan yang simpel seperti menyuruh semua orang di ruang untuk memperkenalkan diri dengan nama dan perannya. Tim yang sudah familiar dengan satu

sama lain dapat mengkonfirmasi bahwa sudah diperkenalkan semua namun anggota baru atau staff baru harus memperkenalkan diri.

Konfirmasi nama pasien, prosedur dan dimana insisi akan dilakukan. Koordinator ceklist atau anggota tim yang lain akan menyuruh setiap orang di kamar operasi untuk berhenti dan secara verbal mengkonfirmasi nama pasien, operasi yang akan dilakukan, tempat pembedahan dan posisi dari pasien untuk menghindari salah pasien atau salah tempat operasi. Untuk contoh, perawat sirkuler mengumumkan, "sebelum kita memulai insisi" dan lalu dilanjutkan "apakah semua sepakat bahwa ini adalah pasien X dengan tindakan repair inguinal hernia kanan?". Anestesis, ahli bedah dan perawat sirkuler harus secara eksplisit dan individual menyepakati. Jika pasien tidak disedasi, dia dapat menolong untuk dikonfirmasi dengan hal yang sama.

- 9) Apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan kurang lebih 60 menit yang lalu?

Berdasarkan bukti yang kuat dan konsensus di seluruh dunia bahwa antibiotik profilaksis melawan infeksi luka yang paling efektif adalah untuk tingkat serum dan atau tingkat jaringan dari antibiotik dapat dicapai, namun tim bedah tidak konsisten tentang pemberian antibiotik antara 1 jam sebelum insisi. Untuk mengurangi resiko infeksi pembedahan, koordinator akan bertanya dengan keras apakah antibiotik sudah diberikan kurang lebih 60 menit sebelumnya. Anggota tim bertanggung jawab untuk memberikan antibiotik-biasanya anestesis-harus memberikan konfirmasi secara verbal. Jika antibiotik profilaksis belum diberikan, harus segera diberikan, sebelum insisi. Jika antibiotik diberikan lebih dari 60 menit sebelumnya, anggota tim harus memberikan dosis ulang untuk pasien. Jika antibiotik profilaksis dirasakan tidak perlu diberikan (contoh kasus tanpa insisi kulit, kasus kontaminasi dimana antibiotik sudah

diberikan untuk treatment).

10) Antisipasi Kejadian Kritis

Komunikasi tim yang efektif adalah komponen penting dari operasi yang aman, teamwork yang efektif dan pencegahan dari komplikasi berat. Untuk memastikan komunikasi dari kejadian kritis pasien, koordinator ceklist memimpin diskusi cepat antara ahli bedah, anestesist dan perawat saat bahaya kritis dan rencana operasi. Hal ini dapat dilakukan dengan simpel bertanya pada setiap anggota tim pertanyaan yang spesifik dengan nyaring. Hal yang penting dari diskusi ini adalah setiap disiplin klinik harus menyediakan informasi dan berkomunikasi dengan baik. Selama prosedur rutin atau dengan tim yang sudah familiar, ahli bedah dapat bertanya dengan mudah, "ini adalah kasus rutin dari durasi X" dan menanyakan kepada anestesist dan perawat tentang tindakan yang diperlukan. Kepada ahli bedah Apakah kemungkinan kritisnya dan langkah yang tidak rutin? Berapa lama kasus akan terjadi? Bagaimana mengantisipasi kehilangan darah? Sebuah diskusi dari "kejadian yang tidak diharapkan" bertujuan untuk menginformasikan kepada semua anggota tim setiap langkah yang perlu dilakukan untuk pasien dengan perdarahan yang cepat, cedera atau morbiditas umum lainnya.

Hal ini juga menjadi kesempatan untuk mereview langkah yang mungkin memerlukan alat khusus, implants, atau persiapan. Kepada Anestesist Apakah pasien memerlukan perhatian khusus? Pasien yang berisiko untuk mengalami perdarahan yang banyak, hemodinamik tidak stabil atau morbiditas umum yang berhubungan dengan prosedur, tim anestesi harus mereview dengan nyaring rencana yang spesifik dan perhatian untuk resusitasi-secara terpisah, perhatian untuk menggunakan darah dan setiap karakteristik pasien dengan komplikasi atau seperti jantung atau penyakit paru, aritmia, gangguan darah,dll. Hal ini perlu dipahami bahwa banyak operasi

tidak boleh melupakan atau memperhatikan risiko kritis atau perhatian yang harus dibagi dengan tim. Dalam sebuah contoh kasus, anestesist dapat berkata, "saya rasa tidak perlu perhatian khusus pada kasus pasien ini" Kepada tim perawat : Apakah sterilitas (termasuk hasil indikator) sudah dikonfirmasi? Apakah ada alat yang memerlukan perhatian khusus?

Perawat instrumen atau tehnik yang melakukan setting ada peralatan untuk setiap kasus harus mengatakan bahwa sterilisasi sudah dilakukan dan untuk yang sterilisasi dengan alat, indikator steril sudah diverifikasi dengan baik. Jika ditemukan ketidakcocokan antara yang diharapkan dan kenyataan indikator steril harus dilaporkan kepada semua anggota tim dan diberitahukan sebelum insisi. Hal ini juga adalah kesempatan untuk mendiskusikan setiap masalah yang berhubungan dengan peralatan dan persiapan lain untuk pembedahan atau perhatian khusus untuk keamanan dari perawat sirkuler atau instrument, secara umum dilakukan oleh ahli bedah dan tim anesthesi.

11) Apakah gambaran yang penting sudah ditunjukkan?

Gambaran penting untuk memastikan rencana dan mengadakan operasi termasuk ortopedi, spinal dan prosedur thoraks dan berbagai reseksi tumor. Sebelum insisi kulit, koordinator harus menanyakan ahli bedah jika gambaran diperlukan untuk kasus tersebut. Jika demikian, koordinator harus mengkonfirmasi secara verbal bahwa gambaran penting ada di kamar operasi dan ditunjukkan untuk digunakan selama operasi. Jika gambaran yang dibutuhkan tidak tersedia, harus dicari. Ahli bedah akan memutuskan apakah akan dilakukan operasi tanpa gambaran jika hal tersebut dibutuhkan namun tidak tersedia. Pada poin ini jika sudah dilengkapi maka tim bisa melanjutkan proses operasi. Sebelum pasien meninggalkan kamar operasi. Ceklist keselamatan ini harus dilengkapi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi. Tujuannya untuk

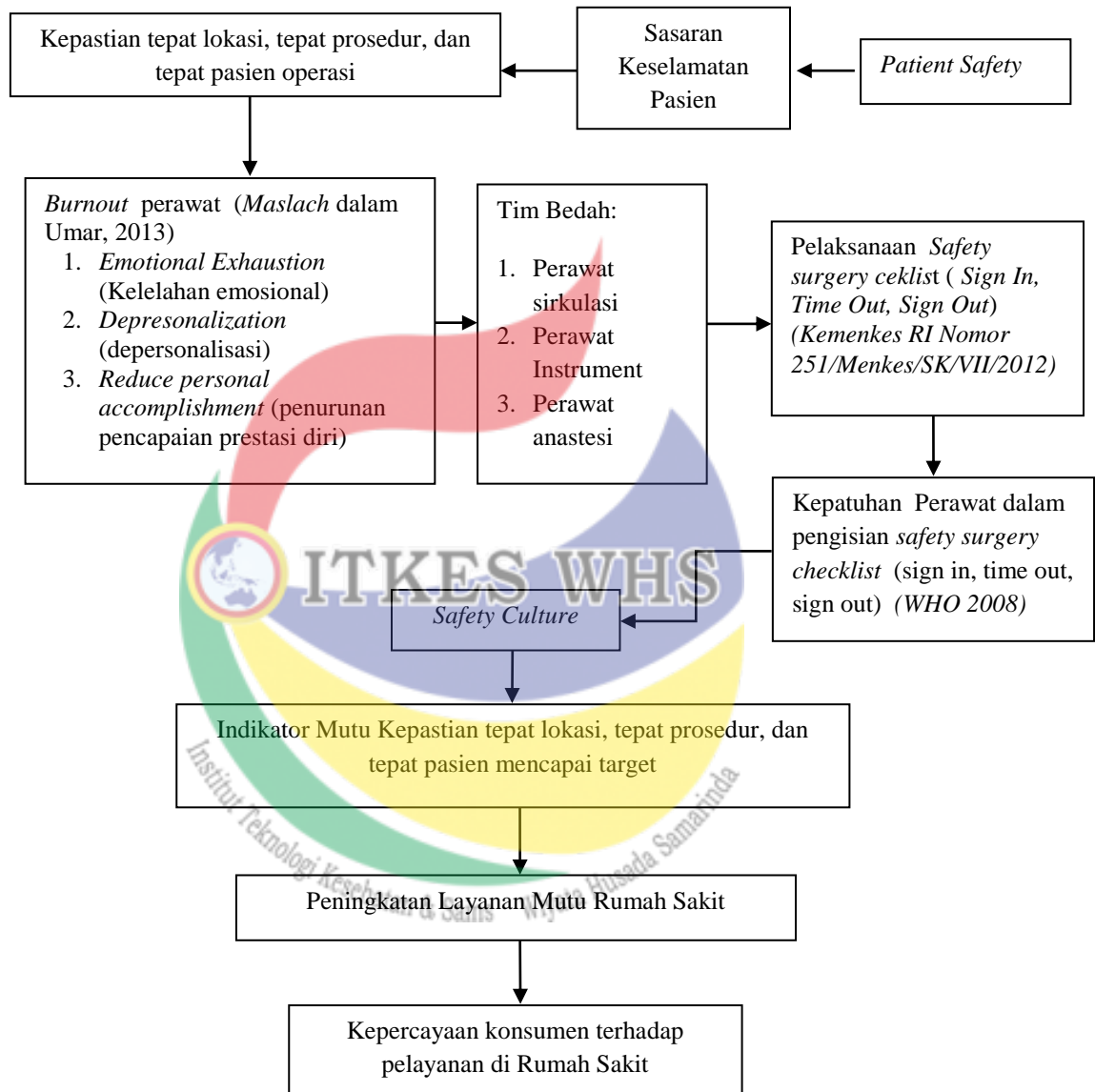
memfasilitasi transfer informasi yang penting untuk tim yang bertanggungjawab terhadap pasien setelah pembedahan. Ceklist dapat diinisiasi oleh perawat sirkuler, ahli bedah atau anestesist dan harus dilengkapi sebelum ahli bedah meninggalkan kamar operasi. Hal ini dapat dilakukan bersamaan, contoh bersamaan dengan penutupan luka. Perawat secara verbal mengkonfirmasi nama dan prosedur tindakan, sejak prosedur mungkin berubah atau berkembang selama tindakan operasi, koordinator ceklist harus mengkonfirmasi dengan ahli bedah dan tim secara pasti apakah tindakan atau prosedur yang sudah dilakukan. Hal ini dapat dilakukan dengan pertanyaan, "apakah tindakan yang dilakukan?" atau dengan konfirmasi, "Kita tadi melakukan prosedur X, benar bukan?" Kelengkapan dari instrument, kassa dan jumlah jarum. Memelihara instrumen, kassa dan jarum tidak lazim namun secara persisten berpotensi untuk terjadi kesalahan. Perawat instrumen atau perawat sirkuler harus secara verbal mengkonfirmasi kelengkapan dari jumlah kassa terakhir dan jumlah jarum. Dalam kasus dengan cavitas yang terbuka, penghitungan instrumen harus dikonfirmasi kelengkapannya. Jika penghitungan tidak dilakukan, dapat diambil langkah yang tepat yang lain (seperti memeriksa linen, sampah dan luka atau jika perlu gambaran radiografi)

- 12) Pemberian label pada spesimen (membaca label spesimen dengan keras termasuk nama pasien) : Label yang salah dari spesimen berpotensi mengganggu pasien dan sudah ditunjukkan menjadi sumber yang paling sering dalam kesalahan laboratorium. Sirkulator harus mengkonfirmasi pemberian label yang benar dari spesimen selama prosedur operasi dengan membaca dengan keras nama pasien, gambaran spesimen dan tanda yang lain.

E. KERANGKA TEORI

1. Kerangka Teori Penelitian

Skema 2.1 Kerangka teori Penelitian



Sumber : WHO dan (Kemenkes ,2012)

2. Kerangka Teori Lawrence Green

a. Pengertian

Setiap individu memiliki perilakunya sendiri yang berbeda dengan individu lain, termasuk pada kembar identik sekalipun. Perilaku tidak selalu mengikuti urutan tertentu sehingga terbentuknya perilaku positif tidak selalu dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap positif. Menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja seseorang dalam penerapan keselamatan pasien, yaitu:

1) Faktor predisposisi (*predisposisi factor*)

Faktor ini merupakan faktor yang menjadi dasar untuk seseorang berperilaku atau dapat pula dikatakan sebagai faktor prefensi “pribadi” yang bersifat bawaan yang dapat bersifat mendukung atau menghambat seseorang berperilaku tertentu. Faktor ini mencakup sikap dan pengetahuan.

a) Sikap

Sikap merupakan faktor yang paling menentukan perilaku seseorang karena sikap berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sikap (*attitude*) merupakan kesiapan mental yang diperoleh dari pengalaman dan memiliki pengaruh yang kuat pada cara pandang seseorang terhadap orang lain, obyek dan situasi yang berhubungan dengannya. Sikap adalah bagian hakiki dari kepribadian seseorang. Dalam pelayanan keperawatan sikap mental memegang peranan sangat penting karena dapat berubah dan dibentuk sehingga dapat mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja perawat.

b) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensori khususnya mata dan telinga terhadap obyek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk

terbetuknya perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2010).

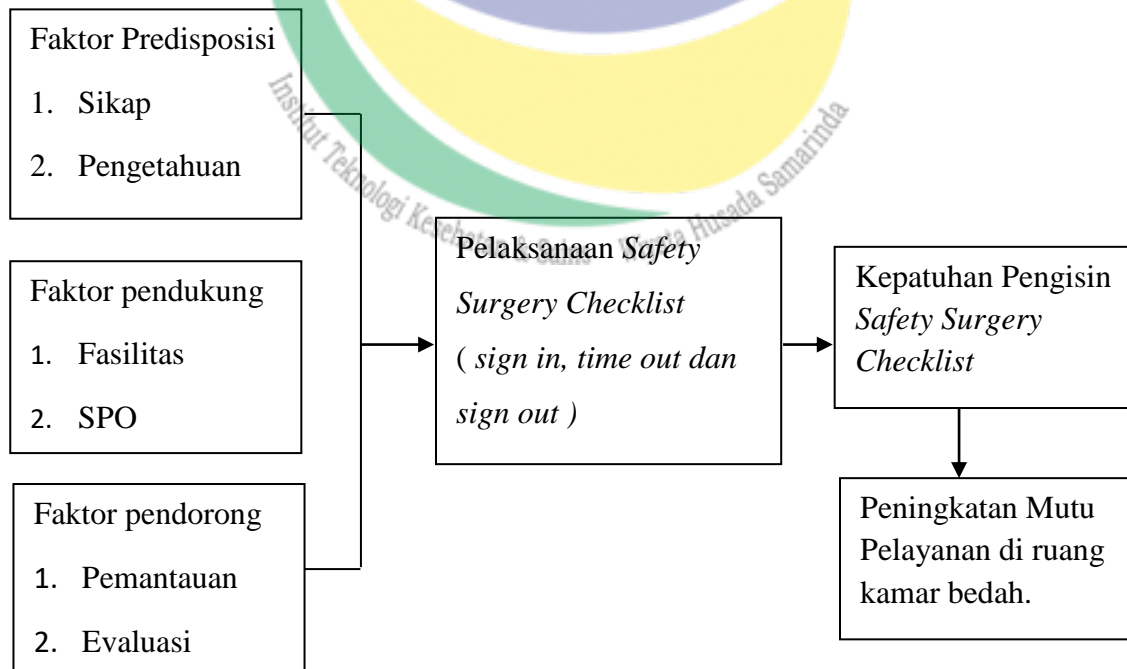
2) Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor pendukung merupakan faktor pemungkin. Faktor ini bisa sekaligus menjadi penghambat atau mempermudah niat suatu perubahan perilaku dan perubahan lingkungan yang baik. Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam mengimplementasikan keselamatan pasien yang termasuk faktor pemungkin (*Enabling Factor*), diantaranya yaitu Sumber Daya Manusia (SDM), kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, dan desain pekerjaan (Ulum, 2013).

3) Faktor pendorong atau pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor pendorong merupakan faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan

Skema 2.2 Modifikasi kerangka teori Lawrence Green



F. Hipotesis atau Pernyataan Penelitian

Tipe hipotesis adalah : (hipotesis nol) digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik. Sedangkan hipotesis alternatif (H_a/H_i) adalah hipotesis penelitian untuk menyatakan pengaruh, hubungan dan perbedaan antar dua atau lebih variabel

H_0 : Tidak ada korelasi atau hubungan antara *burnout syndrome* dengan kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* di kamar bedah.

H_a : Ada korelasi atau hubungan antara *burnout syndrome* dengan kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* di kamar bedah.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Rancangan Penelitian berdasarkan masalah penelitian Hubungan *Burnout Syndrome* Dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang OK RS Samarinda Medika Citra, yaitu dengan metode deskriptif analitik dengan pendekatan desain *cross sectional* yang menggunakan pendekatan kuantitatif, tidak ada intervensi kepada responden. Desain *cross sectional* yaitu suatu pendekatan yang sifatnya sesaat pada suatu waktu dan tidak diikuti terus menerus dalam kurun waktu tertentu. Jadi jenis penelitian ini menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel dependen dan independen satu kali pada satu saat. Dinilai secara simultan sehingga tidak ada follow up, pada penelitian ini peneliti ingin memperoleh gambaran tentang hubungan antara kelelahan fisik, *depersonalisasi*, rendahnya penghargaan atas diri sendiri dengan kepatuhan pengisian *safety surgery checklist* pada perawat di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

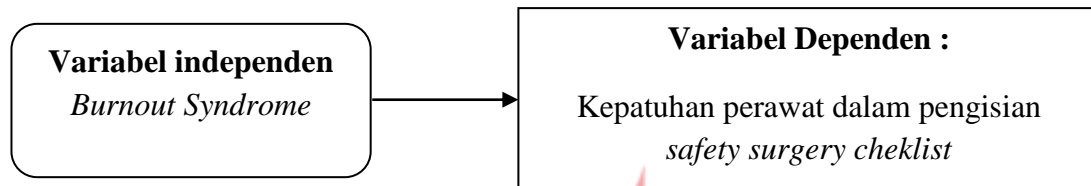
B. Kerangka konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah sesuatu yang abstrak dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antara variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti, Nursalam (2014). Menurut peneliti dari 2 variabel tersebut apabila tidak diperhatikan untuk dilaksanakan dengan baik maka; akan mempengaruhi perawat dalam melaksanakan tugas *safety surgery checklist*.

Kerangka konsep penelitian ini dikembangkan melalui pendekatan sistem yang terdiri dari variabel independen yaitu *burnout syndrome* sedangkan

kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery ceklist* sebagai variabel dependen. Skema kerangka konsep pada penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut;

Skema 3.1 Kerangka konsep Penelitian



Keterangan :

□ : diteliti
 → : berhubungan

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Pengertian populasi menurut Sugiyono (2018:130) adalah sebagai berikut “Wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya”. Sedangkan menurut Sudaryono (2015:108), pengertian 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”. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Masturoh dan Anggita, 2018). Adapun yang menjadi anggota unit populasi adalah 20 perawat dikamar bedah dan 3 Perawat anasthesi.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya. Besarnya sampel merupakan langkah penting dalam pengambilan sampel. Secara statistik penentuan besarnya sampel ini tergantung pada jenis dan besarnya populasi. Menetapkan besarnya atau jumlah sampel suatu penelitian tergantung dua hal yaitu, adanya sumber-sumber yang dapat digunakan untuk menentukan batas maksimal dan besarnya sampel serta kebutuhan dari rencana analisis yang menentukan batas minimal dari besarnya sampel (Hamani dan Rasyid, 2015). Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra. Penentuan kriteria sampel diperlukan untuk mengurangi hasil penelitian yang bias.

Teknik pengambilan sampling pada penelitian ini dengan menggunakan *Total sampling*. Sensus atau sampling total adalah teknik pengambilan sampel dimana seluruh anggota populasi dijadikan sampel semua Sugiyono (2018:140). Adapun alasan peneliti menggunakan sampel ini karena jumlah populasi kurang dari 100 maka semua populasi dijadikan sampel. Sampel yang diambil dari penelitian ini adalah 23 orang.

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian yaitu;

a) Variabel Dependen

Variabel dependen/terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (sugiyono, 2014). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist*.

b) Variabel Independen

Variabel bebas/independent adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat

(Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini variabel bebasnya adalah *Burnout Syndrome*

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi variabel-variabel yang akan diteliti secara operasional di lapangan. Definisi operasional dibuat untuk memudahkan pada pelaksanaan pengumpulan data dan pengolahan serta analisis data. Pada saat akan melakukan pengumpulan data, definisi operasional yang dibuat mengarahkan dalam pembuatan dan pengembangan instrumen penelitian. Sementara pada saat pengolahan dan analisis data, definisi operasional dapat memudahkan karena data yang dihasilkan sudah terukur dan siap untuk diolah dan dianalisis. Dengan definisi operasional yang tepat maka batasan ruang lingkup penelitian atau pengertian variabel-variabel yang akan diteliti akan lebih fokus (Masturoh & Anggita, 2018)

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
Variabel Dependen: Kepatuhan pengisian <i>safety surgery checklist</i>	Tindakan pengisian <i>safety surgery checklist</i> yang dilakukan oleh Perawat di kamar bedah sesuai dengan prosedur operasional Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.	Observasi Kepatuhan menggunakan lembar observasi dengan <i>safety surgery checklist (Modifikasi instrument Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dengan WHO)</i>	1. Patuh jika skor $\geq 1,70$ 2. Tidak patuh jika skor $< 1,70$	Ordinal

Variabel independen : <i>Burnout Syndrome</i>	Keadaan fisik maupun fisiologis yang mengalami stress tinggi dikarenakan tidak mampu dalam mengatasi tekanan pekerjaan sehingga dapat menimbulkan dampak negative baik bagi diri sendiri maupun pasien yang ditanganinya	Kuesioner yang diukur dengan skala <i>Linkert</i> yang terdiri dari 15 item pertanyaan. Skala Burnout : 4 : Tidak pernah 3: Kadang-kadang 2: Sering 1: Selalu	1) Tinggi jika skor 1 2) Sedang jika skor 2 3) Rendah jika skor 3	ordinal
-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	---------

E. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat dilakukan penelitian. Penetapan lokasi penelitian merupakan tahap yang sangat penting dalam penelitian, karena ditetapkan sehingga mempermudah penulis dalam melakukan penelitian. (Hermawan, 2019). Tempat penelitian ini dilakukan di ruangan kamar Operasi Rumah Sakit Samarinda Medika Citra

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian adalah mengemukakan secara rinci kapan penelitian dilakukan, kapan berawal dan berakhir, serta membuat tabel jadwal atau skedul waktu penelitian yang pada hakekatnya berisi “proses penelitian” sejak prariset/menemukan masalah sampai kepada analisis data/penarikan kesimpulan. (Juliandi, Irfan, & Manurung, 2014). Penelitian ini di mulai bulan Desember 2020 sampai dengan Januari 2021.

F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1) Sumber Data

Dalam penelitian ini data yang digunakan adalah data yang bersifat kuantitatif karena dinyatakan dengan angka-angka yang menunjukkan nilai terhadap besaran atas variabel yang diwakilinya. Sumber data penelitian dibedakan menjadi 2, yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder (Sugiyono, 2015). Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

a) Data Primer

Data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya. Data primer disebut juga sebagai data asli atau data baru yang *up to date*. Untuk mendapatkan data primer, peneliti dapat mengumpulkannya dengan menggunakan teknik wawancara, observasi, diskusi kelompok terarah, dan penyebaran kuesioner. (Masturoh & Anggita, 2018).

b) Data sekunder

Data yang diperoleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada. Data sekunder dapat diperoleh dari jurnal, lembaga, laporan, dan lain-lain. (Masturoh & Anggita, 2018).

2) Instrumen penelitian

1. Alat tulis

Adalah alat yang digunakan untuk mencatat, melaporkan hasil penelitian. Alat tersebut adalah pulpen, kertas, pensil dan komputer/laptop.

2. Pedoman Kuesioner

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner dan lembar observasi yang mengacu pada kerangka konsep, dimana pernyataan-pernyataan yang dibuat dan dikembangkan dari variabel yang ada dan responden diminta untuk menjawab atau hanya memilih jawaban yang sesuai dengan keadaan sebenarnya. Pernyataan

yang disusun dalam kuesioner mengacu pada isi dari definisi operasional dengan tingkat pengukuran internal

3. Pedoman Observasi

Alat bantu yang digunakan peneliti ketika mengumpulkan data melalui pengamatan pedoman observasi dapat dilihat di tabel 3.2

Tabel 3.2 Kisi-kisi kuesioner Peneliti Burnout Syndrome dan Kepatuhan Pada Perawat Bedah

Variabel Penelitian	Indikator	Skala	Jumlah Soal
Hubungan <i>Burnout Syndrome</i> Dengan Kepatuhan Pengisian <i>Safety Surgery Checklist</i> Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra	1. <i>Burnout Syndrome</i>	ordinal	15 soal
	2 Kepatuhan	ordinal	15 soal

G. Uji instrumen

Sebelum dilakukan penelitian kepada responden, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas.

1) Uji Validitas

Uji validitas merupakan persamaan data yang dilaporkan oleh peneliti dengan data yang diperoleh langsung yang terjadi pada subyek penelitian (Sugiyono 2018;267). Uji validitas digunakan untuk mengukur sah tidaknya suatu kuesioner. Pembuatan instrumen atau alat ukur dapat dilakukan dengan acuan dan validitas isi (*content validity*) dan validitas konstruk atau validitas kerangka (*construct validity*). Validitas isi adalah kesesuaian isi instrumen dengan topik yang diteliti. Validitas isi dilakukan untuk memastikan apakah alat ukur sudah sesuai dengan topik penelitian. (Masturoh & Anggita, 2018).

Validitas isi juga melihat apakah alat ukur sudah dapat merepresentasikan topik penelitian yang sudah ditentukan. Biasanya validitas isi dikaji oleh pakar atau

dilakukan penilaian oleh orang yang ahli pada bidang yang bersangkutan (*professional judgment*). Ahli bidang tersebut akan menentukan apakah alat ukur sudah memadai untuk dijadikan sebagai alat ukur dari topik yang bersangkutan. (Masturoh & Anggita, 2018).

Validitas konstruk adalah kesesuaian dari definisi operasional tiap variabel untuk dipakai dalam penelitian tersebut atau dapat dikatakan kemampuan alat ukur untuk mengukur pengertian yang terkandung dalam definisi topik atau variabel yang telah ditentukan. (Masturoh & Anggita, 2018). Setelah data ditabulasikan dengan menggunakan rumus *Pearson Product Momen* (PPM)

$$R \text{ hitung} = \frac{n (\sum XY) - (\sum X) \cdot (\sum Y)}{\sqrt{\{n \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2\} \cdot \{\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Dimana : r hitung = koefisien korelasi

X = variabel bebas

Y = variabel terikat

N = jumlah responden

Selanjutnya untuk menguji signifikansi yang berfungsi mencari makna hubungan variabel X terhadap Y maka korelasi PPM tersebut diuji signifikansi dengan rumus sebagai berikut :

$$T \text{ hitung} = r \sqrt{n-2}$$

$$\frac{\text{-----}}{\sqrt{1-r^2}}$$

Dimana r hitung = koefisien korelasi

X = variabel bebas

Y = variabel terikat

N = jumlah responden

Sebelum dilakukan penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji validitas kuesioner dan observasi kepada 23 orang responden. Uji validitas kuesioner dilakukan dengan membandingkan nilai r table dan r hasil. Nilai r hasil dari masing-masing pertanyaan di bandingkan dengan r table. Bila r hasil $>$ r table maka pertanyaan tersebut valid dan bila r alpha $>$ dari r table maka pertanyaan tersebut reabilitas. Hasil uji validitas pada kepatuhan nilai Sig.(2-tailed) untuk hubungan atau korelasi antara kepatuhan terkait kelelahan fisik, kepatuhan terkait depersonalisasi dan kepatuhan terkait rendahnya penghargaan atas diri sendiri dengan Kepatuhan adalah dibawah 0,05 dengan nilai sig 0,000 untuk kepatuhan terkait kelelahan fisik nilai sig 0,002 untuk kepatuhan terkait depersonalisasi dan 0,000 untuk kepatuhan terkait rendahnya penghargaan atas diri sendiri dan nilai pearson correlationnya masing masing item pertanyaan bernilai positif dengan hasil 0,766 untuk Kepatuhan terkait dengan Kelelahan fisik, 0,600 untuk Kepatuhan terkait dengan Depersonalisasi dan 0,824 untuk Kepatuhan terkait dengan Rendahnya Penghargaan atas diri sendiri. Dari hasil diatas menunjukkan bahwa data pada penelitian untuk kepatuhan adalah valid dan dapat dijadikan alat untuk pengumpulan data

Hasil Uji Validitas *Burnout* yaitu, nilai Sig.(2-tailed) untuk hubungan atau korelasi antara kelelahan fisik, depersonalisasi dan rendahnya penghargaan atas diri sendiri dengan *burnout syndrome* adalah dibawah 0,05 dengan nilai sig 0,000 atau $0,000 < 0,05$ dan nilai *pearson correlationnya* masing masing item pertanyaan bernilai positif dengan hasil 0,745 untuk Kelelahan fisik, 0,707 untuk Depersonalisasi dan 0,814 untuk Rendahnya Penghargaan atas diri sendiri. Dari hasil diatas menunjukkan bahwa data pada penelitian untuk *burnout syndrome* adalah valid dan dapat dijadikan alat untuk pengumpulan data

2) Uji reabilitas

Alat ukur dikatakan reliabel jika alat ukur tersebut memiliki sifat konsisten. Pengujian reliabilitas digunakan untuk mengetahui konsistensi alat ukur apakah dapat diandalkan dan konsisten jika dilakukan pengukuran berulang dengan instrumen tersebut. (Masturoh & Anggita, Metodologi Penelitian

Kesehatan, 2018). Uji reabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana alat pengukurannya dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini setelah dilakukan pengujian didapatkan nilai Cronbach's Alpha pada data burnout 0,626 sedangkan untuk nilai Cronbach's Alpha pada data kepatuhan 0,568.

Rumus *croncbach's alpha*

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum \sigma^2 XL}{\sigma^2 X} \right)$$

Keterangan :

- α = Cronbach's Coefficient Alpha atau reliabilitas instrumen
- K = jumlah pecahan atau banyak butir pertanyaan
- $\sum \sigma^2 XL$ = total dari varian masing-masing pecahan
- $\sigma^2 X$ = varian dari total skor

H. Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017). Teknik pengumpulan data digunakan dalam penelitian ini adalah dengan cara pemberian kuesioner. Langkah-langkah dalam pengumpulan data melalui proses sebagai berikut:

1. Tahap Pengumpulan data administratif

Pengumpulan data dalam penelitian ini dimulai setelah mendapatkan izin dari pihak ITKES Wiyata Husada, kemudian peneliti menyerahkan surat permohonan izin penelitian kepada Direktur RS Samarinda Medika Citra. Selanjutnya peneliti melakukan seleksi kepada responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eklusi. Peneliti menjelaskan kepada responden mengenai masalah, tujuan, dan manfaat. Selanjutnya responden diberikan inform consent dan diberikan kuisisioner kemudian diberikan penjelasan tentang cara pengisian dan memfasilitasi apabila kemungkinan terdapat kebingungan atau kesalahan dalam pengisian kuisisioner. Pengisian kuisisioner terkait dengan

pertanyaan yang diberikan melalui formulir google form yang dibaca dan diisi sendiri oleh responden.

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Peneliti menentukan populasi yang menjadi subjek penelitian yaitu perawat di ruang bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dengan jumlah 23 orang.
- b. Peneliti memberikan penjelasan kepada subjek secara lengkap mengenai tujuan pelaksanaan. Teknik pelaksanaan dan manfaat pelaksanaan. Peneliti memberikan penjelasan kepada kepala ruangan kamar bedah berupa tujuan penelitian, manfaat penelitian dan memberikan lembar inform consent kepada kepala ruangan kamar bedah.
- c. Subjek yang setuju ikut dalam penelitian diminta untuk mengisi dan menandatangani lembar persetujuan informed consent yang tersedia di link google form
- d. Peneliti membagikan kuesioner melalui google form untuk menggali data tentang *Burnout Syndrome* dengan kepatuhan pengisian *Safety Surgery Checklist* pada perawat di ruang kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.
- e. Peneliti melakukan pengolahan dan analisa data. Peneliti melakukan pengolahan data dengan menggunakan *Microsoft excel* dan aplikasi *SPSS* lalu melakukan analisis kepada data yang telah terkumpul.

I. Pengolahan Data

Suatu penelitian, pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian, belum memberikan informasi apa-apa dan belum siap untuk dilakukan (Notoatmojo,2012).

1. Memeriksa Data (*Editing*)

Kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir dan kuesioner, apakah gambaran sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Peneliti memeriksa

kembali data yang sudah diperoleh melalui observasi dan jika ada data yang belum lengkap maka peneliti akan melengkapi.

2. Memberikan Kode (*Coding*)

Kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data angka atau bilangan. Hal ini untuk mempermudah pada saat analisa dan juga mempercepat pada saat entry data. Peneliti memberikan kode pada responden menggunakan angka latin. Contoh koding pada penelitian ini 1= Laki-laki, 2= Perempuan, kepatuhan: 1= Tidak patuh, 2= Patuh, Tingkatan Burnout: 1= Tinggi, 2= Sedang, 3=Rendah.

3. Entry data

Kegiatan memproses data agar dapat dianalisis. Peneliti membuat table rekapitulasi data hasil penelitian dan mengentry pada program statistic serta mengelola secara komputerisasi menggunakan spss versi. 22

4. *Cleaning data*

Kegiatan pengecekan kembali data yang salah dientry untuk mengetahui ada tidaknya kesalahan. Peneliti memeriksa hasil pengelolaan data dan tidak ditemukan data yang hilang.

J. Analisa Data

Analisa data (Notoatmojo,2012). Berdasarkan kerangka konsep penelitian, penelitian ini terdapat variable bebas dan variable terkait. Desain penelitian adalah cross sectional dengan pendekatan kuantitatif. Pengolahan data hanya mendeskripsikan atau menggambarkan hasil penelitian dibedakan berdasarkan satu varian, yaitu:

1. Uji Normalitas Data

Sebelum melakukan analisis data peneliti melakukan uji normalitas terlebih dahulu untuk mengetahui data menyebar dengan normal atau tidak normal. Uji statistic yang digunakan adalah Uji *Kolmogorov – smirnov* untuk mengetahui data berdistribusi normal atau berdistribusi tidak normal. Berdasarkan analisis

menggunakan Uji *Kolmogorov – smirnov*, diperoleh hasil masing-masing variable adalah dengan hasil uji nilai p value 0.200 lebih besar dari nilai normal (alpha) $\alpha = 0.05$ maka dapat disimpulkan bahwa data dalam penelitian ini dikatakan bahwa data berdistribusi normal.

2. Analisa Univariat

Analisa Univariat adalah analisa yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan presentasi dari tiap variabel (Notoadmodjo, 2012). Distribusi dari variable independen yaitu Burnout Syndrome sedangkan variable dependen dalam penelitian ini adalah Kepatuhan perawat dalam pengisian safety surgery checklist.

Rumus yang yang digunakan adalah :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P= presentase

f=frekuensi

n=jumlah

K. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah sekumpulan prinsip dan nilai yang merupakan peraturan tidak tertulis yang harus ditaati oleh peneliti. Etika penelitian bertujuan untuk menjamin kerahasiaan identitas serta melindungi dan menghormati hak responden untuk menerima atau menolak diajak bekerjasama. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari ITKES Wiyata Husada Samarinda untuk diajukan ke direktur Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan telah mendapat persetujuan.

Hal-hal yang perlu ditekankan pada penelitian ini meliputi :

1. *Informed Consent*

Lembar persetujuan diberikan pada responden dengan menjelaskan maksud, tujuan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Apabila bersedia maka responden diminta untuk menandatangani surat persetujuan penelitian. Apabila responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak memaksa karena harus tetap menghormati responden.

2. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan dan privacy dari masing-masing objek, dalam lembar pengumpulan data tidak dicantumkan nama dan cukup memberi nomor kode. Pada penelitian ini identitas responden dirahasiakan seperti nama responden tidak dicantumkan pada lembar penelitian setiap responden hanya mencantumkan inisial saja

3. *Justice Justice*

adalah keadilan, peneliti akan memperlakukan semua responden dengan baik dan adil, semua responden akan mendapatkan perlakuan yang sama dari penelitian yang dilakukan peneliti. Dalam penelitian ini penelitian yang dilakukan memperlakukan subjek penelitian dengan moral yang benar dan pantas, memperhatikan hak dari subjek penelitian serta tidak membedakan perlakuan terhadap calon responden semua sama.

4. *Confidentialitu*

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden dijamin oleh peneliti, hanya sekelompok tertentu yang akan disajikan dan dilaporkan sebagai hasil riset. Dalam penelitian ini kerahasiaan responden di jamin kerahasiaannya data yang ditampilkan dalam penelitian ini berupa inisial responden, jenis kelamin dan hasil jawaban instrument penelitian yang telah diisi oleh responden.

L. Alur Penelitian

Alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014). Prosedur pengumpulan data yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu :

1. Prosedur Administratif

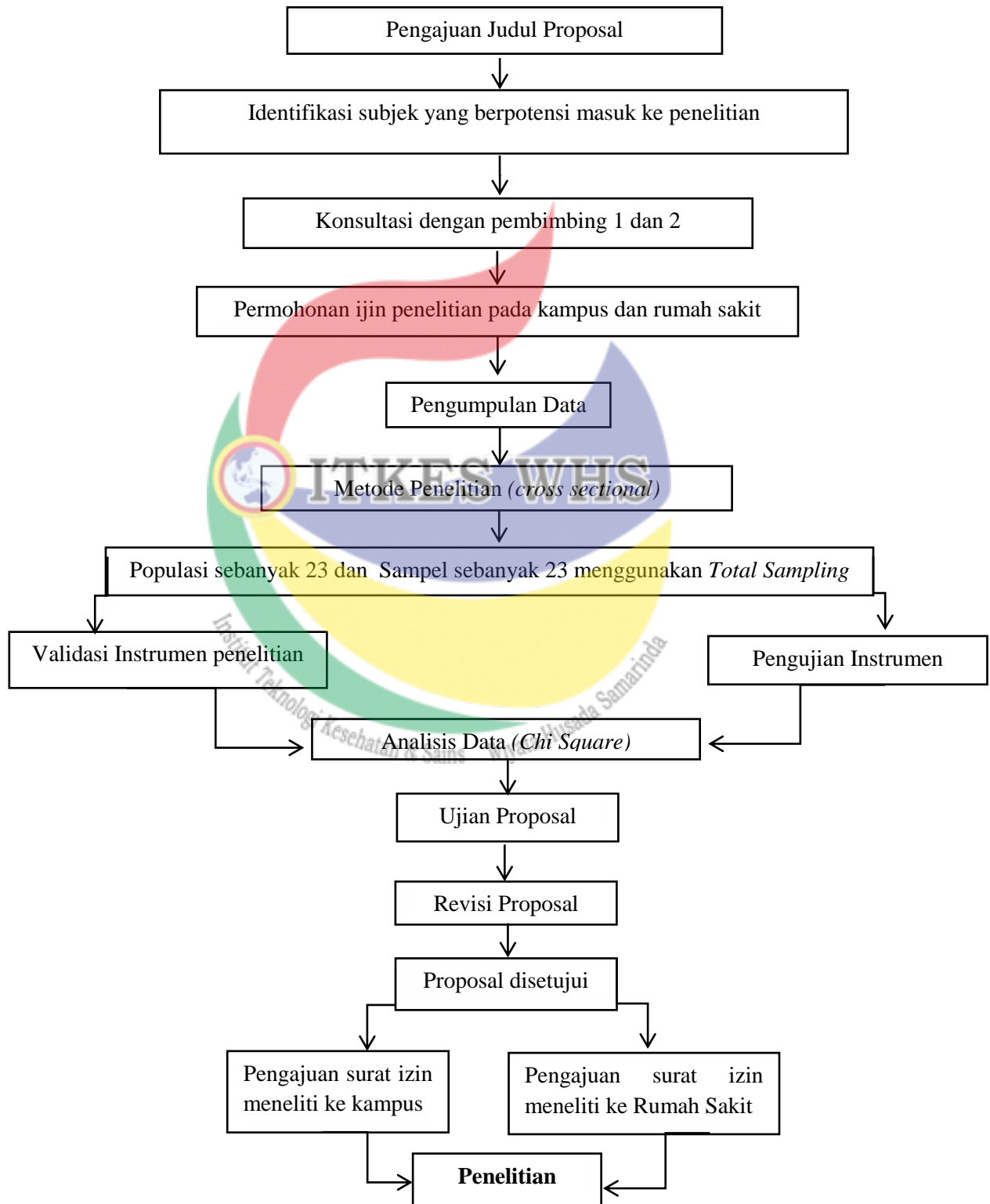
- 1.1 Peneliti meminta surat pengantar dari ITKES Wiyata Husada Samarinda untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra
- 1.2 Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Direktur
- 1.3 Mengajukan permohonan ijin pengumpulan data di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra
- 1.4 Membayar biaya administrasi kepada pihak Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

2 Prosedur Teknis Penelitian

- 2.1 Datang ke Rumah Sakit Samarinda Medika Citra ke Bidang Keperawatan mengantar kuesioner yang telah di cetak sebanyak 23 rangkap dengan tetapkan menerapkan protocol kesehatan dengan menggunakan masker.
- 2.2 Menentukan sampel dan memberi daftar perawat kepada Bidang Keperawatan
- 2.3 Penjelasan mengenai maksud dan tujuan peneliti kepada Bidang Keperawatan dengan menjaga jarak dan tetap menggunakan masker dan mencuci tangan.
- 2.4 Penjelasan pengisian Informed concent
- 2.5 Bidang Keperawatan membagikan kuesioner dan daftar perawat yang diteliti kepada kepala ruangan setiap unit
- 2.6 Kepala ruangan membagikan kuesioner kepada perawat pelaksana berdasarkan daftar perawat di unit masing-masing
- 2.7 Pengisian Informed concern
- 2.8 Pengisian kuisoner oleh responden

2.9 Mengucapkan terima kasih kepada para responden karena telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

Skema 3.2 Alur Penelitian



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang pemaparan hasil penelitian dan pembahasan yang berkaitan dengan penelitian yang telah dilakukan. Hasil penelitian yang tertulis disertai dengan interpretasi dari data-data tersebut. Pada bagian selanjutnya akan dibahas mengenai analisa univariat dengan memaparkan pembahasan serta teori-teori yang mendukung hasil penelitian ini.

A. Hasil Penelitian

1) Deskripsi Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Samarinda Medika Citra merupakan rumah sakit swasta tipe C yang baru berkembang kurang lebih 5 tahun dengan capaian madya pada akreditasi SNARS 2018. Bekerjasama dengan BPJS merupakan salah satu program dari Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, yang mana sebelum pasien dirujuk ke rumah sakit tipe A, pasien harus melalui rumah sakit tipe C. kunjungan pasien rawat inap setiap bulannya mencapai rata-rata 1203 pasien, dengan jumlah rata-rata operasi setiap bulannya mencapai 302 kali operasi. Fasilitas yang terdapat didalam Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yaitu 3 kamar operasi, 1 *recovery room*, 1 ruang induksi, 1 ruangan ganti pakaian, 1 ruangan makan dan istirahat. Jumlah tenaga perawat 23 orang, belum ada pembagian perawat sirkulasi dan perawat instrument sedangkan untuk perawat anastesi masih minim orang.

B. Analisa data

1) Karakteristik Responden

Karakteristik responden digunakan untuk mengetahui keragaman dari responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, Status pernikahan dan lama bekerja. Hal tersebut diharapkan dapat memberikan gambaran yang cukup jelas mengenai kondisi responden dan kaitannya dengan masalah dan tujuan penelitian tersebut.

Tabel 4.1

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Status Pernikahan dan Lama Kerja di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra

Usia	Jumlah	Persentase (%)
25-28 tahun	13	56,5
29-32 tahun	8	34,8
33-36 tahun	2	8,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	10	43,5
Perempuan	13	56,5
Pendidikan		
S1 Ners	2	8,7
DIII Keperawatan	21	91,3
Status Pernikahan		
Menikah	14	60,9
Belum menikah	9	39,1
Lama Bekerja		
1-3 tahun	10	43,5
4-6 tahun	6	26,1
7-9 tahun	7	30,4

Sumber data : Primer 2021

Dilihat dari hasil Usia yang didapat mayoritas 13 responden (56,5%) berusia 25 – 28 tahun sedangkan 8 responden (34,8 %) berusia 29-32 tahun, untuk hasil minoritas 2 responden (8,7%) 33 – 36 tahun. Semakin bertambah usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin sepat berfikir rasional, mampu untuk menentukan keputusan, semakin bijaksana, mampu mengontrol emosi, taat terhadap aturan dan norma dan komitmen terhadap pekerjaan. (Gibson, 2003 dalam Arifianto, 2017). Untuk jenis kelamin mayoritas 13 responden (56,5%) berjenis kelamin perempuan sedangkan minoritas 10 responden (43,5%) berjenis kelamin laki-laki. Laki – laki lebih memiliki sifat yang agresif dan lebih besar kemungkinan daripada wanita dalam memiliki pengharapan untuk

sukses, berbeda halnya dengan wanita yang berumah tangga lebih memiliki tugas tambahan sehingga kemungkiran lebih sering dari pada laki – laki. (Gibson, 2003 dalam Arifianto, 2017). Tingkat pendidikan mayoritas 21 responden (91,3%) status pendidikan DIII, sedangkan minoritas 2 responden (8,7%) status pendidikan S1 NERS. Secara logis, tingkat pendidikan seseorang akan berkaitan erat dengan kemampuan lainnya, juga secara tidak langsung akan mempengaruhi seorang perawat dalam bertindak, berpikir dan berperilaku. Luasnya wawasan dan pengetahuan yang didapat selama proses pendidikan sangat menentukan bagaimana seorang perawat bekerja. Pendidikan tidak hanya menambah pengetahuan dalam melaksanakan tugas tetapi juga, landasan untuk mengembangkan diri serta kemampuan memanfaatkan sarana yang ada disekitar kita . Selain itu, tingkat pendidikan sangat mempengaruhi kepribadian seseorang, dengan pendidikan seseorang akan memperluas wawasan, pengetahuan dan keterampilan sehingga mampu menghadapi persolan-persoalan yang dihadapi dalam profesinya,

Status perkawinan yang didapat mayoritas 14 responden (60,9%) berstatus menikah sedangkan minoritas 9 responden (39,1%) berstatus belum menikah. Perkawinan membuat seseorang menjadi mempunyai rasa tanggung jawab dalam pekerjaan menjadi lebih berharga dan penting. Ada suatu yang berbeda dalam memaknai suatu pekerjaan. Seseorang perawat yang sudah menikah menilai pekerjaan sangat penting karena sudah memiliki sejumlah tanggung jawab sebagai keluarga dibandingkan dengan yang belum menikah. (Gibson, 2003 dalam Arifianto, 2017). Untuk masa kerja didapat mayoritas 10 responden (43,5%) bekerja 1-3 tahun, untuk minoritas didapat 6 responden (26,1%) bekerja 4-6 tahun dan 7 responden (30,4%) bekerja 7-9 tahun. Perawat yang bekerja lebih lama diharapkan lebih berpengalaman dan senior. Senioritas dan produktivitas pekerjaan berkaitan secara positif. Perawat yang bekerja lebih lama akan lebih berpengalaman dalam melakukan pekerjaannya dan semakin rendah

keinginan perawat untuk meninggalkan pekerjaannya. (Gibson, 2003 dalam Arifianto, 2017).

2) Uji Normalitas Data.

Uji normalitas ini dilakukan untuk memastikan data yang telah dikumpulkan berdistribusi normal atau diambil dari populasi normal. Pada dasarnya distribusi normal merupakan suatu distribusi yang menunjukkan sebaran data yang seimbang yang Sebagian besar data mendekati nilai mean. Uji Normalitas yang digunakan pada penelitian ini adalah Uji Normalitas Kolmogorov-Smirnov

Tabel 4.2
Uji Normalita Kolmogorov-Smirnov

Uji Normalitas Kolmogorov-Smirnov Test	Unstandardized Residual
Kolmogorov-Smirnov	0,119
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,200

Sumber data.Primer 2021

Berdasarkan hasil table diatas diketahui bahwa nilai signifikansi asymp.Sig.(2-tailed) sebesar 0,200 dimana angka ini lebih besar dari 0,05, maka sesuai dengan dasar pengambilan keputusan dalam uji normalitas Kolmogorov-smirnov,dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal.

3) Hasil Analisa Univariat

Analisa univariat dalam penelitian ini menggambarkan distribusi responden berdasarkan kepatuhan dalam pengisian safety surgery checklist.

Tabel 4.3

Hasil Analisa Univariat ditinjau dari Burnout Syndrome dengan kepatuhan Pengisian Safety Surgery Checklist. (n = 23)

Variabel	Mean	Median	Standar Deviasi	Min-Max
Burnout Syndrome	2.48	3.00	0.593	1-3

Kepatuhan	1.70	2.00	0.470	1-2
-----------	------	-------------	-------	------------

Tabel 4.3 diatas menjelaskan bahwa ditinjau dari burnout syndrome setelah data diurutkan dari data yang telah didapatkan untuk burnout syndrome nilai tengah 2.48 sehingga dapat disimpulkan bahwa burnout syndrome

4) Analisa Bivariate

Analisis bivariat merupakan hasil dari variabel independen yang diduga mempunyai hubungan dengan variabel dependen. Analisa table silang dari variabel independen dan variabel dependen, digunakan untuk melihat hubungan antara variable independen dan dependen. Uji yang digunakan adalah Uji Chi Square, sehingga dapat diketahui ada tidaknya hubungan yang bermakna secara statistik dengan menggunakan program komputer SPSS dan menggunakan derajat kemaknaan 95%. Apabila $P < 0,05$ berarti perhitungan statistik bermakna (signifikan) dan bila $P > 0,05$ berarti perhitungan statistik tidak bermakna. Uji statistik yang digunakan adalah chi square, uji Chi square digunakan untuk 67 menguji hipotesis bila dalam populasi terdiri atas dua atau lebih kelas dimana datanya berbentuk kategorik. Uji Chi Square dapat digunakan untuk menentukan ada tidaknya asosiasi antara dua variabel (independency tes), apakah suatu kelompok homogen (homogenitas subkelompok / homogeneity test) dan untuk mengetahui seberapa jauh suatu pengamatan sesuai dengan parameter yang dispesifikasikan (goodness of fit) (Sabri & Hastono, 2014). Jika syarat uji Chi Square tidak terpenuhi maka akan digunakan uji fishers.

Tabel 4.4
Distribusi Hubungan antara variabel Dependen dan Independen di RS
Samarinda Medika Citra Samarinda (N=23)
Kepatuhan

Variabel		Kepatuhan		Total	P
		Tidak Patuh	Patuh		
<i>Burnout Syndrom</i>	Tinggi	1	0	1	0.003
	Sedang	6	4	10	
	Rendah	0	12	12	
Total		7	16	23	

Sumber : Data Primer 2021

Dari hasil perhitungan pada table 4.4 diatas menjelaskan bahwa Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang memiliki tingkat *burnout syndrome* tinggi dan sedang secara deskriptif cenderung tidak patuh, sedangkan Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang memiliki tingkat *burnout syndrome* yang rendah dan Sebagian kecil yang memiliki tingkat *burnout syndrome* sedang, cenderung patuh. Hal ini dapat terlihat pada table diatas dimana Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang memiliki tingkat *burnout syndrome* tinggi dengan jumlah satu perawat, menunjukkan bahwa perawat tersebut tidak patuh pada pengisian *safety surgery checklist*. Sedangkan untuk perawat yang memiliki tingkat *burnout syndrome* yang sedang menunjukkan hasil yang bervariasi. Pada perawat dengan tingkat *burnout syndrome* sedang Sebagian besar perawat cenderung tidak patuh, ini dapat terlihat dari 10 perawat dengan tingkat *burnout syndrome* sedang, enam perawat tidak patuh dalam pengisian *safety surgery checklist*, dan empat perawat patuh dalam pengisian *safety surgery checklist*. Dari hasil ini menunjukkan bahwa perawat dengan tingkat *burnout syndrome* sedang cenderung tidak patuh dalam pengisian *safety surgery checklist*. Untuk perawat dengan tingkat *burnout syndrome* rendah menunjukkan hasil bahwa mereka patuh pada

pengisian *safety surgery checklist*. Hal ini dapat terlihat dimana dua belas perawat yang memiliki tingkat *burnout syndrome* rendah, mereka patuh pada pengisian *safety surgery checklist*.

Hasil pengujian Chi Square menunjukkan nilai 11,664 dengan tingkat signifikansi 0,003. Hasil ini menunjukkan bahwa hipotesis alternatif diterima. Penerimaan Hipotesis alternatif ini memiliki arti bahwa *burnout syndrom* memiliki hubungan yang signifikan terhadap kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist*, atau dengan kata lain semakin tinggi tingkat stress *burnout syndrome* yang dialami oleh perawat, maka mereka semakin tidak patuh dalam pengisian *safety surgery checklist*, begitu pula sebaliknya, semakin rendah tingkat stress *burnout syndrome* yang dialami oleh perawat, maka semakin patuh mereka dalam pengisian *safety surgery checklist*.

C. Pembahasan

1. Burnout Syndrome

Berdasarkan hasil analisis Burnout Syndrome pada perawat dalam menjalankan *safety surgery checklist* di RS Samarinda Medika Citra didapatkan hasil perawat yang merasakan *burnout syndrome* tinggi berjumlah 1 orang yang tidak patuh, *burnout syndrome* sedang berjumlah 10 orang sedangkan dengan *burnout syndrome* rendah didapatkan hasil 12 orang. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak semua perawat merasakan *burnout syndrome* tidak patuh dalam menjalankan *safety surgery checklist*. *Burnout Syndrome* adalah merupakan keadaan stress secara psikologis yang sangat ekstrim sehingga individu mengalami kelelahan emosional dan motivasi yang rendah untuk bekerja. *Burnout* dapat merupakan akibat dari stress kerja yang kronis. *Burnout* merupakan perubahan sikap dan perilaku dalam bentuk reaksi menarik diri secara psikologis dari pekerjaan, seperti menjaga jarak dari orang lain maupun bersikap sinis dengan mereka, membolos, sering terlambat dan keinginan pindah kerja sangat kuat (Luh, Dian, & Sari, 2014)

Burnout syndrome tersebut terjadi dikarenakan kontak interpersonal yang dekat dengan klien dan lingkungan praktik yang kompleks dapat menjadi predisposisi perawat mengalami *burnout* dan berimplikasi *job performance* mereka serta *quality of care*. Hal ini mungkin saja disebabkan oleh perbedaan kultural, economic, dan social differences dari berbagai Negara dimana memiliki variasi system kesehatan masing-masing. Jika dilihat dari masing-masing domain *burnout*, perawat merasakan level tinggi untuk semua dimensi burnout terutama pada kelelahan emosional. Menurut asumsi peneliti, hal ini disebabkan oleh tingginya frekuensi burnout yang dirasakan perawat pada domain tersebut dan hampir seluruh perawat mengalami kelelahan emosional.

Menurut Maslach & Jackson (1981) dalam Holland (2015) menyatakan bahwa aspek kunci dari *syndrome burnout* adalah unsur pertama yaitu kelelahan emosional. *syndrome burnout* yaitu kelelahan emosional, depersonalisasi, dan prestasi pribadi akan saling mempengaruhi level *burnout* yang dirasakan perawat. Menurut Kusano et al (2013) level burnout tinggi apabila mencakup dimensi yaitu kelelahan emosi tinggi, depersonalisasi tinggi, dan pencapaian pribadi rendah. Level *burnout* sedang apabila kelelahan emosi dalam level sedang, depersonalisasi level sedang, dan prestasi pribadi level sedang. Level burnout rendah, kelelahan emosi rendah, depersonalisasi rendah, dan prestasi pribadi tinggi. Tingginya level burnout juga didukung kurangnya dukungan sosial baik dari rekan kerja, tim medis lainnya maupun keluarga juga menjadi faktor pendukung terjadinya burnout.

2. Kepatuhan

Menurut Lunenburg (2015) teori kepatuhan (*compliance theory*) adalah sebuah pendekatan terhadap struktur organisasi yang mengintegrasikan ide-ide dari model klasik dan partisipasi manajemen. Sedangkan menurut H.C Kelman dalam Anggraeni dan Kiswaran (2013) *compliance* diartikan sebagai suatu kepatuhan yang didasarkan pada harapan akan suatu imbalan dan usaha untuk menghindarkan diri dari hukuman yang mungkin dijatuhkan.

Kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan (patuh berarti suka menurut terhadap perintah, dan terhadap aturan, berdisiplin). Kepatuhan (compliance), juga dikenal sebagai ketaatan (Adherence) adalah derajat dimana seseorang mengikuti anjuran peraturan yang ada. Berdasarkan definisi tersebut, jelas bahwa yang dimaksud kepatuhan adalah tingkat ketaatan seseorang untuk mengikuti/tidak mengikuti aturan, anjuran ataupun nasihat yang diberikan.

Hal yang menyebabkan rendahnya pengisian checklist ini menurut Meleki dan Getahun adalah kurangnya pelatihan sebelumnya (45,1%) dan kurangnya kerjasama diantara anggota tim operasi (21,6%). Keberhasilan penerapan surgical safety checklist tergantung pada pelatihan staff untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan. Tidak dapat diasumsikan bahwa pengenalan checklist secara otomatis akan mengarahkan pada hasil yang lebih baik. Selain itu komunikasi dengan staff 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). Penelitian yang dilakukan mengenai beban kerja memiliki hasil yang sama dari hasil penelitian yang terdahulu, bahwa faktor beban kerja perawat dapat mempengaruhi dalam kepatuhan pendokumentasian. Luciana Bjorklund de lima dalam *Nursing Workland in the post- anesthesia care unit Hospital de Clinicas de Porto Alerge, RS, Brazil* tahun 2011. Didapatkan hasil 50% beban kerja perawat dipengaruhi oleh lama perawatan di ruang post-anesthesia care unit/recovery room dan lamanya operasi sehingga kesimpulan dari penelitian menunjukkan beban kerja perawat berkorelasi kuat dengan lama perawatan di ruang pemulihan.

Kelelahan perawat merupakan tanggung jawab perawat individu dan organisasi tempat mereka bekerja. Organisasi yang memungkinkan perawat untuk bekerja ketika mereka merasakan kelelahan dapat membahayakan bagi keselamatan pasien dan perawat (Ulrich, 2018). Menurut Kihye (2014) mengatakan bahwa kelelahan perawat dapat mengancam keselamatan pasien maupun perawat itu sendiri, karena kelelahan dapat mengganggu fungsi fisik dan kognitif. Kelelahan perawat disebabkan jadwal kerja yang panjang, rotasi shift yang terkadang tidak sesuai dan kerjaan perawat yang menuntut fisik, hal ini berdampak buruk terhadap kinerja perawat.

Kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat di kamar bedah sesuai dengan prosedur operasional rumah sakit samarinda medika citra terhadap *safety surgery checklist*. Menurut data observasi terhadap perawat dengan kepatuhan pengisian *safety surgery checklist* berdasarkan masing-masing indikator *burnout syndrome* dapat disimpulkan jika perawat kurang patuh dalam pengisian formulir *safety surgery checklist*.

Hasil observasi didapatkan data bahwa perawat kamar operasi tidak melakukan pengisian *safety surgery checklist* secara benar dikarenakan tenaga yang di ruang nurse stasion hanya 1 orang dan operasi berjalan secara estafet dan cito. Dan hal lainnya dikarenakan kurangnya tenaga pada saat operasi berlangsung, sehingga perawat sirkulasi 1 orang untuk 3 kamar operasi yang dibuka secara bersamaan. Kondisi lainnya yaitu dokter operator yang terkesan terburu-buru dan tidak mengindahkan perawat sirkulasi saat membacakan proses time out. Ada beberapa dokter yang kadang terburu-buru dalam melakukan operasi seperti penelitian Catchpole et al. (2013) yang menunjukkan bahwa dokter bedah sering mulai operasi sebelum anggota tim siap.

Bila anggota tim bedah yang lain saling mendukung, maka tim akan mempunyai kekuatan dan keberanian untuk bicara (*speak up*) sehingga dokter sabar menunggu sampai *time out* selesai dilaksanakan baru mulai

operasi. Gawande (2011) mengungkapkan bahwa meskipun ceklis memberikan manfaat yang besar tetapi bila terlalu panjang dan membutuhkan waktu lebih dari satu menit dalam melakukan pengisian maka dokter bedah akan sulit mematuhi.

3. Hubungan Burnout Syndrome Dengan Kepatuhan Pengisian Safety Surgery Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

Hasil analisis berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa perawat yang merasakan burnout syndrome tinggi tetapi tidak patuh jumlahnya lebih sedikit yaitu 1 orang, sedangkan perawat yang memiliki burnout syndrome sedang ada 14 orang dengan perbandingan 6 orang tidak patuh dan 4 orang patuh. Sebanyak 12 perawat yang merasakan burnout syndrome rendah tetap patuh dalam pelaksanaan pengisian safety surgery checklist. Berdasarkan hasil analisis, didapatkan nilai p sebesar 0,003 sehingga nilai $p > 0,05$. Berdasarkan uji statistik dapat ditemukan bahwa terdapat Burnout Syndrome Dengan Kepatuhan Pengisian Safety Surgery Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dengan hipotesis H_a diterima H_0 ditolak (Data primer, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian serta teori terkait maka peneliti berasumsi bahwa *burnout syndrome* sangat berhubungan dengan kepatuhan pengisian *safety surgery checklist* karena semakin rendahnya terjadinya *burnout syndrome* maka kepatuhan pengisian safety surgery checklist akan berjalan sesuai dengan SPO yang berlaku di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra. Diketahui bahwa dengan adanya *safety surgery checklist* maka akan membantu untuk mencegah terjadinya kesalahan dan bahkan kematian di ruang kamar bedah. Untuk itu perawat dan tim bedah yang bekerja di ruang bedah diperlukan kepatuhan dalam pengisian *safety surgery checklist*.

C. Keterbatasan/Kekurangan Penelitian

1. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang sifatnya sangat subjektif, namun untuk mengimbangi subjektifitas tersebut serta menghindari kerjasama antara responden dalam pengisian kuesioner, tetap dilakukan pengecekan kuesioner penelitian agar data yang didapat benar objektif.
2. Data yang dikumpulkan berdasarkan observasi memungkinkan terjadinya ketidakwajaran apabila responden yang di observasi mengetahui bahwa dirinya sedang di observasi.
3. Keterbatasan waktu penelitian dan sumber rujukan tentang hubungan burnout syndrome dengan kepatuhan pengisian safety surgery checklist, sehingga pembahasan penelitian ini dirasakan kurang mendalam.
4. Keterbatasan dalam eksplorasi responden dimana peneliti menggunakan kuesioner dan observasi, bukan menggunakan instrument wawancara.



BAB V PENUTUP

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari penelitian tentang Hubungan Stigma Dengan Koping Perawat di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dibuat, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil penelitian pada analisa bivariate diketahui menunjukkan nilai p sebesar 0,003 sehingga nilai $p > 0,05$. Hasil ini menunjukkan bahwa hipotesis alternatif diterima. Penerimaan Hipotesis alternatif ini memiliki arti bahwa *burnout syndrom* memiliki hubungan yang signifikan terhadap kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist*, atau dengan kata lain semakin tinggi tingkat stress *burnout syndrome* yang dialami oleh perawat, maka mereka semakin tidak patuh dalam pengisian *safety surgery checklist*, begitu pula sebaliknya, semakin rendah tingkat stress *burnout syndrome* yang dialami oleh perawat, maka semakin patuh mereka dalam pengisian *safety surgery checklist*.

B. Implikasi

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat beberapa implikasi yang dapat digunakan untuk peningkatan dalam bidang keperawatan, yaitu :

1) Bidang Keperawatan

Harus ditingkatkan upaya kepatuhan dalam pengisian *safety surgery checklist* mengingat pengisian *safety surgery checklist* merupakan standar keselamatan pasien dikamar operasi. Pengisian *safety surgery checklist* harus menjadi gaya hidup yang disadari seluruh kru kamar operasi dan bukan sekedar tugas mengisi ceklist semata. Penyuluhan tentang *safety surgery checklist* pada perawat kamar operasi agar dapat mengetahui cara

pengisian formulir checklist dengan benar sesuai dengan SPO yang berlaku di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan dapat meningkatkan kepatuhan dalam pengisian *safety surgery checklist*, sehingga penelitian ini dapat dijadikan acuan untuk tindakan intervensi perawat atau petugas Rumah Sakit Samarinda Medika Citra agar dapat diadakannya. program penyuluhan tentang pengisian checklist yang sesuai untuk mendukung program keselamatan pasien.

2) Pendidikan Kesehatan

Sebagai dokumen dan bahan bacaan untuk menambah pengetahuan bagi mahasiswa keperawatan mengenai Hubungan *Burnout Syndrome* dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist*.

C. Saran

Bagi perawat agar mampu melakukan pengisian *safety surgery checklist* yang sesuai dan lebih teliti di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra. Sehingga faktor faktor yang terkait budaya keselamatan mampu dipertahankan dengan baik selama kegiatan operasi.

Bagi rumah sakit agar melakukan supervisi berkala terhadap penerapan *safety surgery checklist* di ruang kamar bedah sesuai dengan kebijakan sehingga dapat dilakukan perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan pengisian *safety surgery checklist*, diperlukan evaluasi secara berkelanjutan. peran advokasi perawat sebagai sebagai mitra kerja dan *teamwork* dokter, penyediaan fasilitas (*spidol water prof*), pembuatan media informasi/ reminder berupa poster dan lembar balik. Serta adanya kriteria dalam penerimaan pasien dengan elektif dan cito

Bagi peneliti selanjutnya dapat menganalisa outcome penerapan *safety surgery checklist* dikamar bedah baik *outcome* terhadap pasien maupun terhadap petugas unit kamar bedah dan menganalisa *safety climate* yang ada dikamar bedah

DAFTAR PUSTAKA

- Abu Al Rub R.F., Gharaibeh H.F., Bashayreh A.E., 2012. *The Relationships Between Safety Climate, Teamwork, and Intent to Stay at Working condition Among Jordanian Hospital Nurses*. Nursing Forum vol. 47 (1). January-March
- Abdulwares Meiwandi., Andrzej Grzybowski & Marios Papadakis.,(2019). *The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimise compliance and safety*. International Journal of Surgery September 2019 Volume 69 Pages 19-22 First available on 13 July 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2019.07.006>
- Abbott, T. E. F., Ahmad, T., Phull, M. K., Fowler, A. J., Hewson, R., Biccand, B. M., ...Wildes, T. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 120(1), 146– 155. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.08.002>
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Ayla Gürsoy., & Bahar Candas. (2016). Patient safety in operating room: Thoughts of surgery team members on implementing the Safe Surgery Checklist (An example from Turkey) *Perioperative Care and Operating Room Management* (December 2016) Volume 5 Pages 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2016.08.001>

- Bashford, T., Reshamwalla, S., McAuley, J., Allen, N. H., McNatt, Z., & Gebremedhen, Y. D. (2014). *Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist in an Ethiopian Referral Hospital. Patient Safety in Surgery*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1754-9493-8-16>
- Catchpole K., Panesar S.S., Russell J., Tang V., Hibbert P., Cleary K., 2009. *Surgical safety can behaviour improved through better understanding of incidents reported to a national database, National Patient Safety Agency*. London. available at <http://www.nrls.npsa.nhs.uk>
- Chou, L., Li, C., & Hu, S. C. (2014). Job Stress and Burnout in Hospital Employees : Comparisons of Different Medical Professions in a Regional Hospital in Taiwan. *BMJ Open*, 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004185>
- Dahlan, M.S. (2017) *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia
- Dahlan, M.S.(2018) *Langkah-langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto
- Eliyana. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Burnout Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RSJ Provinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*. 2 (3).
- Gawande A.A. , 2011. *Pentingnya Sebuah Checklist*. Gramedia. Jakarta Kozusko, S. D., Elkwood, L., Gaynor, D., & Chagares, S. A. (2016). *An Innovative Approach to the Surgical Time Out: A Patient-Focused Model. AORN Journal*, 103(6), 617–622. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.04.001>. (Tanggal 20 September 2018)
- Haynes RB, Devereaux P, Guyatt GH. *Clinical Expertise in the Era of Evidence-Based*

Medicine and Patient Choice. ACP Journal Club. 2002;136:A11–A14.(Tanggal 20 September 2018)

Irwan Gani & Siti Amalia. (2018). Alat analisis data : aplikasi statistik untuk penelitian bidang ekonomi & sosial (Edisi Revisi)

Khan, S. N., & Zafar, S. (2013). *Exploring the Causes and Consequences of Job Burnout in a Developing Country*. Journal of Basic and Applied Scientific Research, 3 (5), 212–227.

Laporan KMKP. (2018). Samarinda: RS Samarinda Medika Citra.

Laporan KMKP. (2019). Samarinda: RS Samarinda Medika Citra.

Notoatmodjo Soekidjo. (2018). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Rigobello M.C.G., Carvalho R.E.F.L., Cassiani S.H.de B., Galon T., Capucho H.C., Deus N.N., 2012. *The Climate of patient safety : perception of nursing professionals*. Acta Paul Enferm, vol 25 (5) : 728-735.

Setiawati H, 2015. Hubungan Pengetahuan Tim Bedah terhadap Kepatuhan Penerapan Surgical Patient Safety pada Pasien Operasi Bedah Mayor di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen. Skripsi Program S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong Yogyakarta

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BIODATA PENELITI

A. Biodata Pribadi

1. Nama : Erlina Seru Pabannu
2. Tempat/Tanggal Lahir : Bontang, 28 Maret 1985
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Kristen Protestan
5. Alamat : Perum Temindung Indah Blok.C No. 09
6. Email : erlina2803@gmail.com
7. No.HP : 0853 9119 7152
8. Program Studi : SI Keperawatan
9. Judul Skripsi : Hubungan *Burnout Syndrome* Dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

B. Riwayat Pendidikan

1. SD YPK : Tahun 1992 -1998
2. SMP YPK : Tahun 1998-2001
3. SMAN 2 : Tahun tahun 2001-2005
4. Perguruan Tinggi : Akper Dirgahayu Samarinda tahun 2006-2009

C. Pengalaman Bekerja

1. RS.Dirgahayu : Tahun 2009 – 2010
2. RS. PKT : Tahun 2010-2013
3. RS.SMC : Tahun 2014-Sekarang

Lampiran 2

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti maka saya bersedia berpartisipasi sebagai partisipan penelitian dengan judul “Hubungan *Burnout Syndrome* Dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra”.

Maka saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat :

Memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya dan keluarga saya serta informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya. Saya juga memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan karena itu jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya.

Saya telah diberikan penjelasan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian ini dan telah mendapatkan penjelasan yang memuaskan. Berdasarkan hasil tersebut, maka dengan ini saya sukarela bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Responden

(.....)

LAMPIRAN 9

LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN SAFETY SURGERY CHEKLIST

No.Responden : Ruang :

Petunjuk Pengisian :

Lengkapi pertanyaan berikut pada kolom yang paling tepat menurut anda.

Berilah tanda chek (√) pada kolom sesuai dengan yang dilakukan perawat

No	Pernyataan	Hasil	
		Ya	Tidak
1	Lembar <i>Safety Surgery Checklist</i> terisi lengkap		
2	<i>Safety Surgery Checklist</i> diisi sesuai prosedur		
3	<i>Safety Surgery Checklist</i> digunakan pada saat operasi		
4	Dilakukan evaluasi mengenai kepatuhan pengisian <i>Safety Surgery Checklist</i>		
5	Patuh terhadap peraturan		
6	Patuh terhadap atasan yang mengharuskan pengisian <i>Safety Surgery Checklist</i> pada saat operasi.		
7	Peraturan ditegakkan di tempat anda bekerja.		
8	Ada sanksi dan penghargaan diberlakukan di tempat anda bekerja		
9	Pihak rumah sakit mengingatkan untuk patuh pada peraturan terkait pengisian <i>Safety Surgery Checklist</i>		
10	Tidak selalu mengisi <i>Safety Surgery Checklist</i>		
11	Malas mengisi <i>Safety Surgery Checklist</i>		
12	Mengisi <i>Safety Surgery Checklist</i> hanya saat operasi sangat berisiko		
13	Mengisi Sign in, time out, sign out		
14	Mengisi <i>Safety Surgery Checklist</i> untuk mendapatkan penghargaan dari atasan.		
15	Mengikuti pelatihan atas instruksi atasan		

LAMPIRAN 4
Kuesioner Burnout

Jenis kelamin :

Umur :

Status perkawinan :

Pendidikan terakhir :

Masa kerja :

PETUNJUK :

- Pilihlah jawaban yang paling mendekati dengan apa yang anda rasakan
- Jawaban terdiri dari 1 = Selalu 2 = Sering 3 = Kadang-kadang 4 = Tidak Pernah

Beri tanda (√) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda

1. Kelelahan Emosional

NO	Pertanyaan	1	2	3	4
1.	Saya merasakan kelelahan emosional yang amat sangat				
2.	Saya merasa lesu ketika bangun pagi karena harus menjalani hari ditempat kerja				
3.	Saya merasa sering sakit kepala disaat sedang bekerja				
4.	Beban pekerjaan saya terlalu banyak				
5.	Saya pernah absen karena kecapekan bekerja				

2. Depersonalisasi

NO	Pertanyaan	1	2	3	4
6.	Saya tidak peduli terhadap sesama karyawan				
7.	Saya selalu sinis dengan sesama karyawan				

8.	Saya tidak berperasaan dengan sesama karyawan				
9.	Saya selalu mengerjakan pekerjaan sendiri tanpa meminta bantuan				
10.	Kerja tim membuat saya tidak leluasa dalam bekerja				

3. Rendahnya Penghargaan Atas Diri Sendiri

NO	Pertanyaan	1	2	3	4
11.	Saya tidak bahagia ditempat kerja				
12.	Beban pekerjaan yang banyak membuat saya frustrasi				
13.	Saya merasa seakan akan hidup dan karir saya tidak akan berubah				
14.	Saya merasa tidak berharga ditempat kerja				
15.	Saya tidak puas dengan hasil kerja saya				

Sumber : *Maslah Burnout Inventory-Human Service Survey*



HUBUNGAN BURNOUT SYNDROME DENGAN KEPATUHAN PENGISIAN SAFETY SURGERY CHECKLIST PADA PERAWAT DI RUANG KAMAR BEDAH RUMAH SAKIT SAMARINDA MEDIKA CITRA

Erlina Seru Pabannu¹, Abdurrahman², Suwanto³

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada,
Jl.Kadrie Oening No 77 Samarinda, Kalimantan Timur
e-mail : erlina2803@gmail.com

²⁻³ Dosen, ITKES Wiyata Husada, Jl.Kadrie Oening No 77 Samarinda,
Kalimantan Timur
e-mail : @itkeswhs.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang : Kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* di kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dengan prosentase rata-rata pada tahun 2018 dengan pencapaian 52%, sedangkan pada tahun 2017 mampu mencapai 67%. **Tujuan penelitian :** Untuk menganalisis Hubungan *Burnout syndrome* dengan kepatuhan perawat bedah dalam pengisian *safety surgery checklist*. **Metode :** Desain penelitian *cross sectional*, populasi penelitian seluruh perawat di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, pengambilan sampel dengan metode *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 23 orang. Analisis data dengan teknik analisa univariat dengan uji bivariate chi-square **Hasil :** Burnout Syndrome yang berpengaruh terhadap kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* nilai p. 0,003 lebih kecil dari nilai α 0,05 dan nilai signifikansi kontigensi ($p < 0.003$, $C = 0,580$) yang memiliki arti hubungan antara *burnout syndrome* dengan kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* adalah kuat. **Kesimpulan :** *Burnout syndrome* berhubungan dengan kepatuhan perawat bedah dalam pengisian *safety surgery checklist*.

Kata Kunci : *safety surgery checklist*, *burnout syndrome*, *kelelahan fisik*, *depersonalisasi*, *rendahnya penghargaan diri*

ABSTRACT
RELATIONSHIP OF BURNOUT SYNDROME WITH COMPLIANCE WITH FILLING SAFETY SURGERY CHECKLIST IN NURSES IN SURGERY ROOM OF SAMARINDA MEDIKA CITRA HOSPITAL.

Erlina Seru Pabannu¹, Abdurrahman², Suwanto³

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada,
 Jl.Kadrie Oening No 77 Samarinda, Kalimantan Timur
 e-mail : erlina2803@gmail.com

²⁻³ Dosen, ITKES Wiyata Husada, Jl.Kadrie Oening No 77 Samarinda,
 Kalimantan Timur
 e-mail : @itkeswhs.ac.id

Background: Nurses' compliance in filling out safety surgery checklist in the surgical room of Samarinda Medika Citra Hospital with an average percentage in 2018 with an achievement of 52%, while in 2017 it was able to reach 67%. **Objective:** to analyze the relationship between Burnout syndrome and compliance of surgical nurses in filling out the safety surgery checklist. **Methods:** The study design was cross sectional, the research population of all nurses at Samarinda Medika Citra Hospital, the sample was taken by total sampling method with a total sample of 23 people. Data analysis using univariate analysis technique with bivariate chi-square test. **Results:** Burnout Syndrome which affects nurses' compliance in filling out the safety surgery checklist p value. 0.003 is smaller than the α value of 0.05 and the contingency significance value ($p < 0.003$, $C = 0.580$) which means that the relationship between burnout syndrome and nurses' compliance in filling out the safety surgery checklist is strong. **Conclusion:** Burnout syndrome is related to the compliance of surgical nurses in filling out the safety surgery checklist.

Keywords: safety surgery checklist, burnout syndrome, physical fatigue, depersonalization, low self-esteem

PENDAHULUAN

Persentase aplikasi *safety surgery checklist* oleh perawat kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra tidak mencapai target yang diharapkan, adapun pencapaian dari tahun 2017 dan 2018 terdapat penurunan persentase. Dampak yang akan muncul pada kondisi diatas yaitu dapat menimbulkan Kejadian Yang Tidak Diharapkan bahkan Sentinel terhadap pasien, dengan rata-rata setiap bulan terdapat alat kesehatan yang ditemukan pada pemilahan linen seperti gunting, klem, spuit, cairan infuse, jarum heacting, duk klem, gunting tumpul, klem lurus, slang suction, pinset, sampel patologik tidak diperiksa dan tidak diberikan kepada instalasi laboratorium.

Berbagai study yang berbasiskan populasi dan rumah sakit telah dilakukan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap penerapan *safety surgery checklist*. Penelitian terkait peningkatan mutu keperawatan dengan kepatuhan dalam aplikasi *safety surgery* belum ada, padahal pemahaman terkait peningkatan mutu keperawatan sangat penting karena akan mempengaruhi kepercayaan masyarakat dalam memilih pelayanan di RS. Dengan demikian, masalah penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan *safety surgery checklist* di Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

METODE

Rancangan penelitian berdasarkan masalah penelitian adalah mencari faktor faktor yang mempengaruhi kepatuhan professional pemberi asuhan dengan penerapan *safety surgery checklist* di

instalasi kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika yaitu dengan metode deskriptip analitik dengan pendekatan desain *cross section* yang menggunakan pendekatan kuantitatif, tidak ada intervensi kepada responden.

Desain *cross sectional* yaitu suatu pendekatan yang sifatnya sesaat pada suatu waktu dan tidak diikuti terus menerus dalam kurun waktu tertentu. Jadi jenis penelitian ini menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variable dependen dan independen satu kali pada satu saat (Sopiyudin Dahlan, 2010).

Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan karakteristik yang menyangkut pada perilaku perawat dalam melakukan pengisian *safety surgery checklist*. Adapun yang menjadi anggota sampel yaitu dari populasi perawat di ruang kamar bedah adalah 23 perawat dikamar bedah.

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Jumlah	Persentase (%)
Usia		
25-28 tahun	13	56,5
29-32 tahun	8	34,8
33-36 tahun	2	8,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	10	43,5
Perempuan	13	56,5
Pendidikan		
S1 Ners	2	8,7
DIII	21	91,3
Keperawatan		
Status Perkawinan		
Menikah	14	60,9
Belum menikah	9	39,1
Masa Kerja		
1-3 tahun	10	43,5
4-6 tahun	6	26,1
7-9 tahun	7	30,4

Dilihat dari hasil Usia yang didapat mayoritas 13 responden (56,5%) berusia 25 – 28 tahun sedangkan 8 responden (34,8 %) berusia 29-32 tahun, untuk hasil minoritas 2 responden (8,7%) 33 – 36 tahun. Semakin bertambah usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin sepat berfikir rasional, mampu untuk menentukan keputusan, semakin bijaksana, mampu mengontrol emosi, taat terhadap aturan dan norma dan komitmen terhadap pekerjaan. (Gibson, 2003 dalam Arifianto, 2017). Untuk jenis kelamin mayoritas 13 responden (56,5%) berjenis kelamin perempuan sedangkan minoritas 10 responden (43,5%) berjenis kelamin laki-laki. Laki – laki lebih memiliki sifat yang agresif dan lebih besar kemungkinan daripada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses, berbeda halnya dengan wanita yang berumah tangga lebih memiliki tugas tambahan sehingga kemungkiran lebih sering dari pada laki – laki. (Gibson, 2003 dalam Arifianto, 2017). Tingkat pendidikan mayoritas 21 responden (91,3%) status pendidikan DIII, sedangkan minoritas 2 responden (8,7%) status pendidikan S1 NERS. Secara logis, tingkat pendidikan seseorang akan berkaitan erat dengan kemampuan lainnya, juga secara tidak langsung akan mempengaruhi seorang perawat dalam bertindak, berpikir dan berperilaku. Luasnya wawasan dan pengetahuan yang didapat selama proses pendidikan sangat menentukan bagaimana seorang perawat bekerja. Pendidikan tidak hanya menambah pengetahuan dalam melaksanakan tugas tetapi juga, landasan untuk mengembangkan diri serta kemampuan

memanfaatkan sarana yang ada disekitar kita . Selain itu, tingkat pendidikan sangat mempengaruhi kepribadian seseorang, dengan pendidikan seseorang akan memperluas wawasan, pengetahuan dan keterampilan sehingga mampu menghadapi persolan-persoalan yang dihadapi dalam profesinya,

Status perkawinan yang didapat mayoritas 14 responden (60,9%) berstatus menikah sedangkan minoritas 9 responden (39,1%) berstatus belum menikah. Perkawinan membuat seseorang menjadi mempunyai rasa tanggung jawab dalam pekerjaan menjadi lebih berharga dan penting. Ada suatu yang berbeda dalam memaknai suatu pekerjaan. Seseorang perawat yang sudah menikah menilai pekerjaan sangat penting karena sudah memiliki sejumlah tanggung jawab sebagai keluarga dibandingkan dengan yang belum menikah. (Gibson, 2003 dalam Arifianto, 2017). Untuk masa kerja didapat mayoritas 10 responden (43,5%) bekerja 1-3 tahun, untuk minoritas didapat 6 responden (26,1%) bekerja 4-6 tahun dan 7 responden (30,4%) bekerja 7-9 tahun. Perawat yang bekerja lebih lama diharapkan lebih berpengalaman dan senior. Senioritas dan produktivitas pekerjaan berkaitan secara positif. Perawat yang bekerja lebih lama akan lebih berpengalaman dalam melakukan pekerjaannya dan semakin rendah keinginan perawat untuk meninggalkan pekerjaannya. (Gibson, 2003 dalam Arifianto, 2017).

Tabel 3. Analisa Bivariat Chi-Square

Variabel		Kepatuhan		Total	P
		Tidak Patuh	Patuh		
Burnout Syndrome	Tinggi	1	0	1	0.003
	Sedang	6	4	10	
	Rendah	0	12	12	
Total		7	16	23	

sumber data : Primer 2021

Dari data diatas dapat dilihat perbandingan nilai p-value (sig) kurang dari nilai α sehingga H_0 diterima

PEMBAHASAN

1. Burnout Syndrome

Berdasarkan hasil analisis Burnout Syndrome pada perawat dalam menjalankan safety surgery checklist di RS Samarinda Medika Citra didapatkan hasil perawat yang merasakan *burnout syndrome* tinggi berjumlah 1 orang yang tidak patuh, *burnout syndrome* sedang berjumlah 10 orang sedangkan dengan *burnout syndrome* rendah didapatkan hasil 12 orang. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak semua perawat merasakan *burnout syndrome* tidak patuh dalam menjalankan safety surgery checklist. *Burnout Syndrome* adalah merupakan keadaan stress secara psikologis yang sangat ekstrim sehingga individu mengalami kelelahan emosional dan motivasi yang rendah untuk bekerja. *Burnout* dapat merupakan akibat dari stress kerja yang kronis. *Burnout* merupakan perubahan sikap dan perilaku dalam bentuk reaksi menarik diri secara psikologis dari pekerjaan, seperti menjaga jarak dari orang lain maupun bersikap sinis dengan mereka, membolos, sering terlambat dan

keinginan pindah kerja sangat kuat (Luh, Dian, & Sari, 2014)

Burnout syndrome tersebut terjadi dikarenakan kontak interpersonal yang dekat dengan klien dan lingkungan praktik yang kompleks dapat menjadi predisposisi perawat mengalami *burnout* dan berimplikasi *job performance* mereka serta *quality of care*. Hal ini mungkin saja disebabkan oleh perbedaan kultural, economic, dan social differences dari berbagai Negara dimana memiliki variasi system kesehatan masing-masing. Jika dilihat dari masing-masing domain *burnout*, perawat merasakan level tinggi untuk semua dimensi burnout terutama pada kelelahan emosional. Menurut asumsi peneliti, hal ini disebabkan oleh tingginya frekuensi burnout yang dirasakan perawat pada domain tersebut dan hampir seluruh perawat mengalami kelelahan emosional.

Menurut Maslach & Jackson (1981) dalam Holland (2015) menyatakan bahwa aspek kunci dari *syndrome burnout* adalah unsur pertama yaitu kelelahan emosional. *syndrome burnout* yaitu kelelahan emosional, depersonalisasi, dan prestasi pribadi akan saling mempengaruhi level *burnout* yang dirasakan perawat. Menurut Kusano et al (2013) level burnout tinggi apabila mencakup dimensi yaitu kelelahan emosi tinggi, depersonalisasi tinggi, dan pencapaian pribadi rendah. Level *burnout* sedang apabila kelelahan emosi dalam level sedang, depersonalisasi level sedang, dan prestasi pribadi level sedang. Level burnout rendah, kelelahan emosi rendah, depersonalisasi rendah, dan prestasi pribadi tinggi. Tingginya level burnout juga didukung kurangnya dukungan sosial baik dari rekan kerja, tim

medis lainnya maupun keluarga juga menjadi faktor pendukung terjadinya burnout.

2. Kepatuhan

Menurut Lunenburg (2015) teori kepatuhan (compliance theory) adalah sebuah pendekatan terhadap struktur organisasi yang mengintegrasikan ide-ide dari model klasik dan partisipasi manajemen. Sedangkan menurut H.C Kelman dalam Anggraeni dan Kiswaran (2013) compliance diartikan sebagai suatu kepatuhan yang didasarkan pada harapan akan suatu imbalan dan usaha untuk menghindarkan diri dari hukuman yang mungkin dijatuhkan.

Kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan (patuh berarti suka menurut terhadap perintah, dan terhadap aturan, berdisiplin). Kepatuhan (compliance), juga dikenal sebagai ketaatan (Adherence) adalah derajat dimana seseorang mengikuti anjuran peraturan yang ada. Berdasarkan definisi tersebut, jelas bahwa yang dimaksud kepatuhan adalah tingkat ketaatan seseorang untuk mengikuti/tidak mengikuti aturan, anjuran ataupun nasihat yang diberikan.

Hal yang menyebabkan rendahnya pengisian checklist ini menurut Meleki dan Getahun adalah kurangnya pelatihan sebelumnya (45,1%) dan kurangnya kerjasama diantara anggota tim operasi (21,6%). Keberhasilan penerapan surgical safety checklist tergantung pada pelatihan staff untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan. Tidak dapat diasumsikan bahwa pengenalan checklist secara otomatis akan mengarahkan pada hasil yang lebih baik. Selain itu komunikasi dengan staff 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). Penelitian yang dilakukan mengenai beban kerja memiliki hasil yang sama dari hasil penelitian yang terdahulu, bahwa faktor beban kerja perawat dapat mempengaruhi dalam kepatuhan pendokumentasian. Luciana Bjorklund de lima dalam *Nursing Workland in the post-anesthesia care unit Hospital de Clinicas de Porto Alerge, RS, Brazil* tahun 2011. Didapatkan hasil 50% beban kerja perawat dipengaruhi oleh lama perawatan di ruang post-anesthesia care unit/recovery room dan lamanya operasi sehingga kesimpulan dari penelitian menunjukkan beban kerja perawat berkorelasi kuat dengan lama perawatan di ruang pemulihan.

Kelelahan perawat merupakan tanggung jawab perawat individu dan organisasi tempat mereka bekerja. Organisasi yang memungkinkan perawat untuk bekerja ketika mereka merasakan kelelahan dapat membahayakan bagi keselamatan pasien dan perawat (Ulrich, 2018). Menurut Kihye (2014) mengatakan bahwa kelelahan perawat dapat mengancam keselamatan pasien maupun perawat itu sendiri, karena kelelahan

dapat mengganggu fungsi fisik dan kognitif. Kelelahan perawat disebabkan jadwal kerja yang panjang, rotasi shift yang terkadang tidak sesuai dan kerjaan perawat yang menuntut fisik, hal ini berdampak buruk terhadap kinerja perawat.

Kepatuhan perawat dalam pengisian *safety surgery checklist* adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat di kamar bedah sesuai dengan prosedur operasional rumah sakit samarinda medika citra terhadap *safety surgery checklist*. Menurut data observasi terhadap perawat dengan kepatuhan pengisian *safety surgery checklist* berdasarkan masing-masing indikator *burnout syndrome* dapat disimpulkan jika perawat kurang patuh dalam pengisian formulir *safety surgery checklist*.

Hasil observasi didapatkan data bahwa perawat kamar operasi tidak melakukan pengisian *safety surgery checklist* secara benar dikarenakan tenaga yang di ruang nurse stasion hanya 1 orang dan operasi berjalan secara estafet dan cito. Dan hal lainnya dikarenakan kurangnya tenaga pada saat operasi berlangsung, sehingga perawat sirkulasi 1 orang untuk 3 kamar operasi yang dibuka secara bersamaan. Kondisi lainnya yaitu dokter operator yang terkesan terburu-buru dan tidak mengindahkan perawat sirkulasi saat membacakan proses time out. Ada beberapa dokter yang kadang terburu-buru dalam melakukan operasi seperti penelitian Catchpole et al. (2013) yang menunjukkan bahwa dokter bedah sering mulai operasi sebelum anggota tim siap.

Bila anggota tim bedah yang lain saling mendukung, maka tim akan

mempunyai kekuatan dan keberanian untuk bicara (*speak up*) sehingga dokter sabar menunggu sampai *time out* selesai dilaksanakan baru mulai operasi. Gawande (2011) mengungkapkan bahwa meskipun ceklis memberikan manfaat yang besar tetapi bila terlalu panjang dan membutuhkan waktu lebih dari satu menit dalam melakukan pengisian maka dokter bedah akan sulit mematuhi.

3. Hubungan Burnout Syndrome Dengan Kepatuhan Pengisian Safety Surgery Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

Hasil analisis berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa perawat yang merasakan burnout syndrome tinggi tetapi tidak patuh jumlahnya lebih sedikit yaitu 1 orang, sedangkan perawat yang memiliki burnout syndrome sedang ada 14 orang dengan perbandingan 6 orang tidak atuh dan 4 orang patuh. Sebanyak 12 perawat yang merasakan burnout syndrome rendah tetap patuh dalam pelaksanaan pengisian *safety surgery checklist*. Berdasarkan hasil analisis, didapatkan nilai p sebesar 0,003 sehingga nilai $p > 0,05$. Berdasarkan uji statistik dapat ditemukan bahwa terdapat Burnout Syndrome Dengan Kepatuhan Pengisian Safety Surgery Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dengan hipotesis H_a diterima H_0 ditolak (Data primer, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian serta teori terkait maka peneliti berasumsi bahwa *burnout syndrome* sangat berhubungan dengan kepatuhan pengisian *safety surgery checklist* karena semakin rendahnya terjadinya *burnout syndrome*

maka kepatuhan pengisian safety surgery checklist akan berjalan sesuai dengan SPO yang berlaku di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra. Diketahui bahwa dengan adanya *safety surgery checklist* maka akan membantu untuk mencegah terjadinya kesalahan dan bahkan kematian di ruang kamar bedah. Untuk itu perawat dan tim bedah yang bekerja di ruang bedah diperlukan kepatuhan dalam pengisian *safety surgery checklist*.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan *burnout syndrome* dengan kepatuhan pengisian *safety surgery checklist* di ruang instalasi kamar bedah rumah sakit samarinda medika citra, bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan safety surgery checklist adalah rendahnya penghargaan atas diri dengan urutan berikutnya yaitu kelelahan fisik dan depersonalisasi. Variabel independen kelelahan fisik, depersonalisasi dan rendahnya penghargaan atas diri mempunyai nilai mean yang sesuai kriteria, sehingga ada hubungan dengan kepatuhan pengisian *safety surgery checklist*.

Kekuatan hubungan dapat dilihat pada nilai r hitung. Kekuatan hubungan rendahnya penghargaan atas diri adalah dengan nilai r hitung yang paling tinggi. Sedangkan untuk kelelahan fisik dan depersonalisasi mempunyai nilai r hitung yang tidak terlalu kuat tetapi tetap memiliki hubungan dengan kepatuhan pengisian safety surgery checklist.

Berdasarkan hasil observasi peneliti dapat diasumsikan bahwa ketidakpatuhan terhadap *safety surgery checklist* dilatar

belakangi dengan kegiatan operasi yang estafet dan perbandingan jumlah tenaga yang tidak sesuai, estimasi waktu penyelesaian operasi yang tinggi menyebabkan sebagian besar pekerjaan dilakukan tidak sesuai dengan prosedur.

Kondisi lainnya yaitu dokter operator yang terkesan terburu-buru dan tidak mengindahkan perawat sirkulasi saat membacakan proses time out. Ada beberapa dokter yang kadang terburu-buru dalam melakukan operasi seperti penelitian Catchpole et al. (2013) yang menunjukkan bahwa dokter bedah sering mulai operasi sebelum anggota tim siap.

Bila anggota tim bedah yang lain saling mendukung, maka tim akan mempunyai kekuatan dan keberanian untuk bicara (*speak up*) sehingga dokter sabar menunggu sampai *time out* selesai dilaksanakan baru mulai operasi. Gawande (2011) mengungkapkan bahwa meskipun ceklis memberikan manfaat yang besar tetapi bila terlalu panjang dan membutuhkan waktu lebih dari satu menit dalam melakukan pengisian maka dokter bedah akan sulit mematuhi.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada pihak rumah sakit yang telah bersedia menjadi tempat penelitian dan kepada seluruh keluarga serta sahabat yang mendukung dalam bentuk penyediaan dana dan dukungan lain untuk terlaksananya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

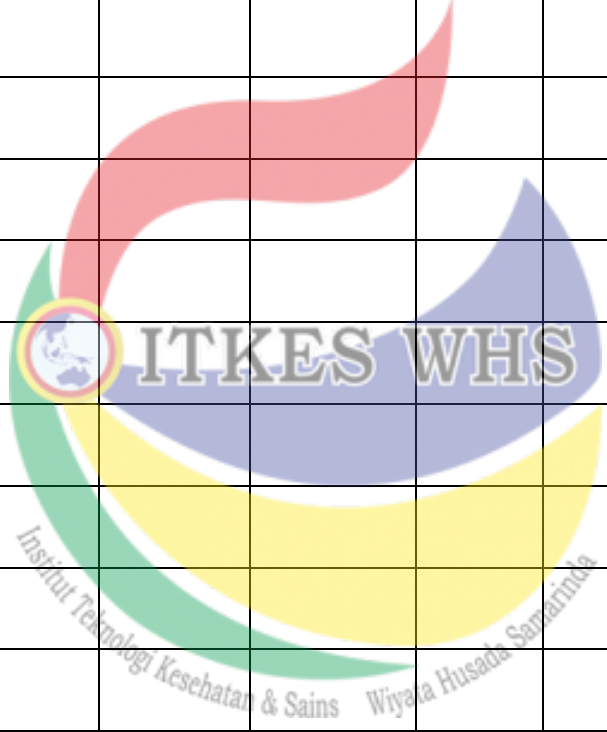
- Abu Al Rub R.F., Gharaibeh H.F., Bashayreh A.E., 2012. *The Relationships Between Safety Climate, Teamwork, and Intent to Stay at Working condition Among*

- Jordanian Hospital Nurses. Nursing Forum* vol. 47 (1). January-March
- Abdulwares Meiwandi., Andrzej Grzybowski & Marios Papadakis., (2019). *The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimise compliance and safety.* *International Journal of Surgery* September 2019 Volume 69 Pages 19-22 First available on 13 July 2019.
<https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2019.07.006>
- Abbott, T. E. F., Ahmad, T., Phull, M. K., Fowler, A. J., Hewson, R., Biccand, B. M., ...Wildes, T. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 120(1), 146– 155.
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.08.002>
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Ayla Gürsoy., & Bahar Candas. (2016). Patient safety in operating room: Thoughts of surgery team members on implementing the Safe Surgery Checklist (An example from Turkey) Bashford, T., Bashford, T., Reshamwalla, S., McAuley, J., Allen, N. H., McNatt, Z., & Gebremedhen, Y. D. (2014). *Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist in an Ethiopian Referral Hospital. Patient Safety in Surgery*, 8(1), 16.
<https://doi.org/10.1186/1754-9493-8-16>
- Catchpole K., Panesar S.S., Russell J., Tang V., Hibbert P., Cleary K., 2009. *Surgical safety can behaviour improved through better understanding of incidents reported to a national database, National Patient Safety Agency.* London. available at <http://www.nrls.npsa.nhs.uk>
- Chou, L., Li, C., & Hu, S. C. (2014). Job Stress and Burnout in Hospital Employees: Comparisons of Different Medical Professions in a Regional Hospital in Taiwan. *BMJ Open*, 1–7.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004185>
- Dahlan, M.S. (2017) *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan.* Jakarta: Epidemiologi Indonesia
- Dahlan, M.S.(2018) *Langkah-langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan.* Jakarta: Sagung Seto
- Eliyana. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Burnout Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RSJ Provinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit.* 2 (3).
- Gawande A.A. , 2011. *Pentingnya Sebuah Checklist.* Gramedia. Jakarta
- Kozusko, S. D., Elkwood, L., Gaynor, D., & Chagares, S. A. (2016). *An Innovative Approach to the Surgical Time Out: A Patient-Focused Model. AORN Journal*, 103(6), 617–622.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016>

- [04.001](#). (Tanggal 20 September 2018)
- Irwan Gani & Siti Amalia. (2018). Alat analisis data : aplikasi statistik untuk penelitian bidang ekonomi & sosial (Edisi Revisi)
- Khan, S. N., & Zafar, S. (2013). *Exploring the Causes and Consequences of Job Burnout in a Developing Country*. Journal of Basic and Applied Scientific Research, 3 (5), 212–227.
- Laporan KMKP. (2018). Samarinda: RS Samarinda Medika Citra.
- Laporan KMKP. (2019). Samarinda: RS Samarinda Medika Citra.
- Notoatmodjo Soekidjo. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Rigobello M.C.G., Carvalho R.E.F.L., Cassiani S.H.de B., Galon T., Capucho H.C., Deus N.N., 2012. *The Climate of patient safety : perception of nursing professionals*. Acta Paul Enferm, vol 25 (5) : 728-735.
- Setiawati H, 2015. Hubungan Pengetahuan Tim Bedah terhadap Kepatuhan Penerapan Surgical Patient Safety pada Pasien Operasi Bedah Mayor di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen. Skripsi Program S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong Yogyakarta

PLAN OF ACTION KEGIATAN TUGAS AKHIR TAHUN AKADEMIK 2019/2020

No	Keterangan	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret
1	Bimbingan Proposal									
2	Ujian Proposal									
3	Revisi Proposal									
4	Izin Penelitian									
5	Penelitian									
6	Ujian Skripsi									
7	Batas Akhir Ujian Skripsi									
8	Batas Akhir Revisi									
9	Pendaftaran Yudisium									
10	Yudisium									
11	Publikasi									
12	Wisuda									



Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Erlina Seru Pabannu

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Perum Temindung Indah No. 09 Blok. C

Saya bermaksud mengadakan penelitian tentang “Hubungan *Burnout Syndrome* Dengan Kepatuhan Pengisian *Safety Surgery Checklist* Pada Perawat Di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra”. Penelitian ini bermanfaat bagi perawat yang bekerja di ruang kamar bedah Rumah Sakit Samarinda Medika Citra untuk memberikan informasi kepada perawat sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan tanpa ada kesalahan yang diakibatkan terjadinya kesalahan dalam pengisian *safety surgery checklist*. Untuk keperluan diatas, saya mohon persetujuan perawat kamar bedah untuk ikut serta dalam penelitian ini. Kami mengharapkan jawaban yang perawat berikan sesuai dengan pendapat sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Kami menjamin kerahasiaan jawaban serta identitas perawat. Jika perawat bersedia menjadi peserta penelitian ini, silahkan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden ini.

Samarinda, 15 Januari 2021

Peneliti

Responden

(Erlina Seru Pabannu)

(.....)

