

# REKOMENDASI UNTUK MENINGKATKAN KEPATUHAN PENERAPAN SURGICAL SAFETY CHECKLIST DI KAMAR BEDAH (Recommendations to Improve the Implementation Compliance of Surgical Safety Checklist in Surgery Rooms)

Juliana Sandrawati<sup>1</sup>, Stefanus Supriyanto<sup>2</sup> dan Thinni Nurul R<sup>2</sup>

Naskah masuk: 24 Oktober 2013, Review 1: 29 Oktober 2013, Review 2: 29 Oktober 2013, Naskah layak terbit: 31 Desember 2013

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Ceklis keamanan bedah telah diadopsi di kamar bedah sebagai alat untuk meningkatkan keamanan operasi. Penerapan Surgical Safety Checklist (SSC) selama 2012 masih rendah (33,9%) dan kelengkapan pengisian juga rendah (57,3%). **Tujuan:** Meningkatkan penerapan SSC dengan menganalisis pengaruh kebijakan, prosedur, budaya keselamatan pasien, dan faktor individu terhadap kepatuhan penerapan SSC di kamar bedah. **Metode:** Penelitian cross sectional dengan pendekatan observasional deskriptif dilakukan untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan SSC. Sampel penelitian semua perawat kamar bedah (45 orang), 10 dokter bedah dan 4 dokter anestesi. Pengumpulan data menggunakan kuesioner, rekam medis kamar bedah dan form SSC yang telah digunakan. **Hasil:** Kepatuhan penerapan SSC April 2013 masih rendah (55,9%). Belum adanya kebijakan tentang keselamatan pasien secara tertulis dan sebagian besar responden belum mengetahui Standar Prosedur Operasional (SPO) pemberian tanda sisi operasi. Penilaian responden menunjukkan budaya keselamatan pasien di kamar bedah sudah baik kecuali dimensi manajemen dan pengenalan stress. Untuk pengetahuan tentang SSC 61,0% masih rendah. **Kesimpulan:** Faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan SSC adalah belum adanya kebijakan sasaran keselamatan pasien dan penerapan SSC, kurang sosialisasi SPO untuk dokter dan perawat, kurangnya pengetahuan tentang SSC, kurang kesadaran pentingnya SSC, jumlah perawat kamar bedah kurang, dan merasa pengisian SSC sebagai beban kerja tambahan. **Rekomendasi:** Membuat kebijakan, sosialisasi SPO untuk para dokter dan perawat, pelatihan pelaksanaan SSC, meningkatkan pemberdayaan dan peran advokasi perawat, dan membuat reminder.

**Kata kunci:** Surgical Safety Checklist (SSC), kepatuhan, kebijakan, pengetahuan

## ABSTRACT

**Background:** Surgical Safety Checklist has been adopted in surgery room as a tool to improve safe surgery. Its implementation during 2012 was low (33.9%) so was the completeness of filling it (57.3%). **Objective:** To increase the implementation of Surgical Safety Checklist (SSC) through analyzing the effect of policy, procedures, patient safety culture, and individual factors on compliance SSC implementation in the surgery room. **Methods:** Cross-sectional study with descriptive observational approach was done to find influencing factors of health care personnels' compliance to fill SSC. Sample consisted of all surgery room nurses (45 nurses), 10 surgeons and 4 anesthesists. Data collection was made use of questionnaires, surgical medical records and SSC form. **Results:** The compliance to fill SSC in April 2013 was still low (55.9%). Written policy on patient safety was absent and awareness of respondents about the procedure was low. Respondents' assessment showed that patient safety culture in surgery room was good, except management and stress recognition dimensions. Likewise, the respondents' knowledge about SSC was low (61.0%). **Conclusion:** The study conclude that influencing factors of compliance implementation SSC is absence of the written policy in patient safety, lack of socialization of Standar Prosedur Operasional to health care personnels, lack of knowledge about SSC, lack awareness about the importance of SSC, shortage of surgery room nurses, and inappropriate perception about

---

<sup>1</sup> Rumah Sakit Katolik St. Vincentius A Paulo (RKZ), Jl. Diponegoro 51 Surabaya. Alamat Korespondensi: jsandrawati@yahoo.com

<sup>2</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Jl. Mulyorejo Kampus C Surabaya

*filling SSC as workload. Recommendation: The study will be making of written policy in patient safety and SSC, followed by socialization to health care personnels, training about SSC implementation, empowering and advocating surgery room nurses and use of reminders.*

**Key words:** *Surgical Safety Checklist (SSC), compliance, policy, knowledge*

## PENDAHULUAN

Bidang pelayanan bedah merupakan bagian yang sering menimbulkan kejadian tidak diharapkan, baik Cidera medis maupun komplikasi akibat pembedahan. Penelitian di *Utah Colorado Medical Practise Study* (Gawande *et al.*, 1999) melaporkan angka insidensi kejadian tidak diharapkan per tahun dari pasien yang mengalami pembedahan sebesar 3% dan separuh dari kasus tersebut dapat dicegah.

Pada Januari 2007, WHO melalui *World Alliance for Patient Safety* membuat draft dengan tema “*Safe Surgery Saves Lives*”. WHO telah membuat *Surgical Safety Checklist* (selanjutnya disingkat SSC) sebagai *tool*/alat yang digunakan oleh para klinisi di kamar bedah untuk meningkatkan keamanan operasi, mengurangi kematian dan komplikasi akibat pembedahan (WHO, 2009). SSC ini sudah diujicobakan di 8 negara dan memberikan manfaat dengan mengurangi komplikasi dan kematian post operasi lebih dari sepertiga (Haynes *et al.*, 2009) sehingga pada 14 Januari 2009 WHO menganjurkan agar SSC digunakan di seluruh dunia.

Di RSK St. Vincentius a Paulo (RKZ) Surabaya, penerapan SSC di kamar bedah belum terlaksana dengan baik. Selama tahun 2012 rerata penggunaan SSC hanya 33,9%, dan kelengkapan pengisian SSC rerata 57,3%.

Tujuan penelitian ini meningkatkan kepatuhan penerapan *Surgical Safety Checklist* di Kamar Bedah dengan menyusun rekomendasi berdasarkan analisis kebijakan dan prosedur, budaya keselamatan pasien di kamar bedah, pengetahuan petugas dan hambatan dalam pelaksanaan SSC.

## BAHAN DAN CARA

Jenis penelitian adalah *observasional deskriptif* dengan rancang bangun penelitian *cross sectional*. Penelitian ini akan menganalisis kepatuhan petugas Kamar Bedah (dokter dan perawat) dalam menerapkan SSC dan menganalisis faktor yang menjadi masalah

untuk kepatuhan penerapan SSC. Penelitian dilakukan pada bulan April–Mei 2013.

Populasi penelitian adalah dokter dan perawat di kamar bedah. Dokter terdiri dari dokter anestesi dan dokter yang melakukan tindakan pembedahan. Jumlah sampel penelitian 45 perawat (semua perawat di Kamar Bedah), 4 dokter anestesi (57% dari dokter anestesi) dan 10 dokter bedah (27% dari dokter bedah).

Langkah dalam penelitian adalah: (1) menganalisis kepatuhan penerapan SSC; menganalisis kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien dan Penerapan SSC, Standar Prosedur Operasional (SPO) Penggunaan SSC pada operasi elektif, dan SPO pemberian tanda sisi operasi; (2) menganalisis budaya keselamatan pasien yang terdiri dari *teamwork climate, safety climate, management, working condition, job satisfaction*, dan *stress recognition*; (3) menganalisis pengetahuan petugas kamar bedah (dokter dan perawat); (4) mengidentifikasi hambatan dalam penerapan SSC. Isu strategis ditentukan berdasarkan hasil analisis faktor yang menjadi masalah dan hambatan dalam kepatuhan penerapan SSC. Selanjutnya dilakukan *Focus Group Discussion* dan telaah peneliti untuk menyusun rekomendasi dalam upaya peningkatan kepatuhan penerapan SSC di kamar bedah.

Untuk menganalisis budaya keselamatan pasien digunakan kuesioner yang diadopsi dari *Safety Attitudes Questionnaire–Operating Room version* (SAQ–OR). Kepatuhan penggunaan SSC adalah pengisian form SSC untuk semua operasi elektif secara lengkap sesuai dengan tugas perawat/dokter dalam tim pembedahan.

Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan program SPSS. Pengolahan data variabel kebijakan dan prosedur, budaya keselamatan pasien, pengetahuan petugas dan kepatuhan petugas dilakukan dengan analisis deskriptif untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi. Analisis hasil distribusi frekuensi menggunakan diagram Pareto 80:20 yaitu masalah ketidakpatuhan ditentukan oleh 20% dari penyebab masalah yang ada.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden

Jenis kelamin sebagian besar responden dokter adalah laki-laki (92,9%), dan responden perawat 88,9% adalah perempuan. Lama kerja dokter paling banyak adalah  $\leq 10$  tahun (42,9%), untuk perawat paling banyak sudah bekerja 11–20 tahun (42,2%). (Tabel 1)

### Analisis Kebijakan dan Prosedur

Keputusan atau aturan yang ditetapkan Direktur RS tentang pelaksanaan SSC dan sasaran keselamatan pasien terdiri dari Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien, Penerapan SSC, SPO penggunaan SSC untuk operasi dan SPO Pemberian Tanda Sisi Operasi. Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa rumah sakit belum memiliki dokumen kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien dan Penerapan SSC, sedangkan dokumen SPO Penggunaan SSC untuk Operasi Elektif dan SPO Pemberian Tanda Sisi Operasi sudah ada di Kamar Bedah.

Selain telaah dokumen, peneliti melihat persepsi petugas kamar bedah tentang ketersediaan kebijakan dan SPO, yang hasilnya dapat dilihat pada Tabel 2.

Sebagian besar petugas kamar bedah mempersepsikan bahwa rumah sakit telah memiliki kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien dan Penerapan SSC. Ini karena Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit telah melakukan sosialisasi sejak awal tahun 2012, sehingga petugas kamar bedah mempersepsikan bahwa rumah sakit telah memiliki dokumen kebijakan, padahal belum ada dokumen kebijakan secara tertulis. Karena itu perlu dibuat Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien dan penerapan SSC agar dapat diketahui oleh semua karyawan rumah sakit, termasuk dokter konsultan.

**Tabel 1.** Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Dokter	Perawat
1. Jenis Kelamin		
Perempuan	1 (7,1%)	40 (88,9%)
Laki	13 (92,9%)	5 (11,1%)
Total	14 (100,0%)	45 (100,0%)
2. Lama Kerja		
$\leq 10$ tahun	6 (42,9%)	12 (26,7%)
11–20 tahun	5 (35,7%)	19 (42,2%)
$\geq 21$ tahun	3 (21,4%)	14 (31,1%)
Total	14 (100,0%)	45 (100,0%)

Hampir semua petugas kamar bedah (96,6%) mengetahui adanya SPO penggunaan SSC untuk operasi elektif (Tabel 2). Kepada perawat kamar bedah, telah dilakukan sosialisasi SPO setiap pergantian dinas pagi dan sore sehingga perawat kamar bedah mengetahui adanya SPO penggunaan SSC untuk operasi elektif. Berbeda dengan para dokter bedah dan anestesi, yang belum pernah menerima sosialisasi SPO, karena itu perlu sosialisasi SPO untuk para dokter yang dapat dilakukan melalui forum pertemuan khusus atau Siang Klinik.

Tabel 2 menunjukkan bahwa lebih dari separuh (54,3%) petugas Kamar Bedah belum mengetahui adanya SPO pemberian tanda sisi operasi. Hal ini disebabkan perawat kamar bedah merasa SPO tersebut hanya diperlukan untuk ruang perawatan karena pemberian tanda sisi yang akan dioperasi dilakukan di ruang perawatan. Meskipun pemberian tanda dilakukan di ruang perawatan, perawat Kamar Bedah juga harus tahu operasi yang perlu diberi tanda serta operasi yang tidak perlu tanda dan tanda yang digunakan, yaitu tanda centang ( $\surd$ ). Penggunaan tanda centang ini sesuai dengan pedoman WHO yaitu tidak boleh menggunakan tanda *cross* (X) karena ambigu. Tanda *cross* bisa diartikan bukan daerah yang dioperasi (WHO, 2009).

Dokter tidak mengetahui adanya SPO pemberian tanda sisi operasi karena belum ada teknik sosialisasi yang efektif untuk para dokter. Ketidaktahuan tentang SPO pemberian tanda ini menyebabkan hampir

**Tabel 2.** Distribusi Persepsi Petugas Kamar Bedah tentang Ketersediaan Kebijakan dan Prosedur di Kamar Bedah

Kebijakan dan Prosedur tentang	Ada		Tidak ada		Tidak Tahu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sasaran keselamatan pasien	55	93,2	1	1,7	3	5,1	59	100,0
Penerapan SSC	52	88,1	4	6,8	3	5,1	59	100,0
Penggunaan SSC untuk Operasi	57	96,6	0	0	2	3,4	59	100,0
Pemberian Marker sisi Operasi	27	45,7	3	5,1	29	49,2	59	100,0

semua pasien yang akan dioperasi tidak diberi tanda. Pemberian tanda sisi operasi bertujuan untuk mencegah operasi salah sisi. *The Joint Commission* menemukan akar penyebab masalah operasi salah sisi 64% disebabkan oleh ketidakpatuhan terhadap prosedur. Pemberian tanda sisi operasi harus dilakukan oleh dokter bedah operator, sesuai rekomendasi *National Patient Safety Agency* (Giles *et al.*, 2006).

### Analisis Budaya Keselamatan Pasien terhadap Kepatuhan Penerapan SSC

Faktor budaya keselamatan pasien untuk melihat sikap dan persepsi petugas di Kamar Bedah dalam memberikan pelayanan yang aman untuk pasien dan petugas.

Pelayanan pembedahan merupakan *high reliability organizations*, sehingga *teamwork* merupakan prinsip utama dalam menjalankan kegiatan operasi (Carthey, 2003). *Teamwork* di kamar bedah adalah komponen penting untuk efisiensi kamar bedah, mutu pelayanan, dan keselamatan pasien (Sexton *et al.*, 2006).

Tabel 3 menunjukkan 84,7% petugas kamar bedah menilai *teamwork climate* di kamar bedah sudah baik. *Teamwork climate* (iklim kerja tim) mencerminkan bagaimana pemberi perawatan dari unit kamar bedah merasakan kualitas kolaborasi di antara petugas. Menurut Makary *et al.*, (2006) komunikasi merupakan variabel penting dalam *teamwork climate*, karena penyebab paling umum dari *sentinel events* dan operasi salah sisi adalah kesalahan komunikasi. *Teamwork climate* yang baik dapat meningkatkan kepatuhan penerapan SSC. Karena anggota tim akan saling mengingatkan dan mendukung untuk penerapan SSC dan sabar menunggu perawat sirkulasi sampai siap memimpin *time-out*.

*Safety climate* adalah persepsi karyawan tentang bagaimana manajemen keselamatan dijalankan di tempat kerja (Cooper dan Philips, 2004). *Safety climate* berkaitan dengan kepatuhan terhadap peraturan dan prosedur keselamatan serta partisipasi dalam kegiatan yang terkait dengan keselamatan di tempat kerja (Neal *et al.*, 2000). Hasil *safety climate* di Tabel 3 menunjukkan 76,3% petugas kamar bedah memiliki persepsi yang baik terhadap *safety climate*. Hasil ini lebih baik dibandingkan penelitian AbuAIRub *et al.* (2012) di Turki, hanya 13,2% perawat dan dokter yang menilai *safety climate* baik.

Dalam literatur *safety climate* telah dilakukan penelitian tentang hubungan antara *safety climate* dan *outcome* keselamatan (seperti kepatuhan dengan praktek kerja yang aman) dan kecelakaan. *Safety climate* yang kurang baik menghasilkan penurunan kepatuhan prosedur keamanan dan akhirnya menyebabkan peningkatan kecelakaan (Neal dan Griffin, 2006). Griffin dan Neal (2006) berpendapat bahwa *safety climate* adalah anteseden perilaku keselamatan. Individu termotivasi untuk mematuhi praktek kerja yang aman dan berpartisipasi dalam kegiatan keselamatan jika mereka menerima *safety climate* yang positif di tempat kerja.

Komitmen manajemen untuk keselamatan merupakan komponen paling penting dari budaya keselamatan. Flin *et al.* (2006) menyimpulkan bahwa komitmen manajemen terhadap keselamatan telah terbukti menjadi dimensi organisasi yang paling penting dalam pelayanan kesehatan. Pada penelitian ini untuk persepsi tentang manajemen pada Tabel 3 menunjukkan bahwa hanya 32,2% petugas kamar bedah yang memiliki persepsi baik terhadap manajemen. Subvariabel manajemen untuk ketersediaan informasi tentang kejadian keselamatan

**Tabel 3.** Distribusi Persepsi Petugas tentang Budaya Keselamatan Pasien di Kamar Bedah

Variabel Budaya Keselamatan Pasien	Baik		Cukup Baik		Kurang Baik		Total	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Teamwork Climate	50	<b>84,7</b>	9	15,3	0	0,0	59	100,0
Safety Climate	45	<b>76,3</b>	14	23,7	0	0,0	59	100,0
Management	19	32,2	39	<b>66,1</b>	1	1,7	59	100,0
Working Condition	31	<b>52,5</b>	27	45,8	1	1,7	59	100,0
Job Satisfaction	43	<b>72,9</b>	16	27,1	0	0,0	59	100,0
Stress Recognition	4	6,8	48	<b>81,4</b>	7	11,8	59	100,0

pasien di rumah sakit yang mempengaruhi pekerjaan dipersepsikan kurang baik oleh 25,4% petugas kamar bedah, ketersediaan jumlah staf di kamar bedah dipersepsikan kurang baik oleh 66,1%, dan penanganan masalah dokter dan perawat secara konstruktif dipersepsikan kurang baik oleh 35,6% petugas kamar bedah. Hasil penelitian tersebut hampir sama dengan penelitian Sexton *et al.* (2006) yang menunjukkan bahwa penilaian positif untuk *perception of management* paling rendah (mean 47,6%) dibandingkan lima dimensi yang lain.

Ini menunjukkan bahwa manajemen rumah sakit belum sepenuhnya terlibat atau mendukung keselamatan pasien. Budaya *blaming culture* belum berubah ke *safety culture*. Ketika pimpinan mulai merubah respons terhadap kesalahan dan kegagalan dengan bertanya apa yang terjadi bukan siapa yang membuat kesalahan, budaya dalam institusi pelayanan kesehatan mereka telah mulai berubah. Katz-Navon *et al.* (2005) menemukan bahwa ketika keselamatan menjadi prioritas manajemen, rumah sakit lebih sedikit mengalami kesalahan.

*Working condition* adalah persepsi kualitas lingkungan kerja, *staffing*, dan peralatan yang mendukung dalam pemberian pelayanan bedah yang aman. Hasil *working condition* di Tabel 3 menunjukkan 52,5% petugas kamar bedah memiliki persepsi yang baik terhadap *working condition*. Hal ini karena petugas kamar bedah yang baru akan mendapatkan pelatihan dengan pengawasan dan pendampingan dari perawat yang lebih senior hingga mereka mampu untuk mandiri. Kamar bedah memiliki peralatan medis yang lengkap dan *maintenance* dilakukan secara rutin. Untuk ketersediaan informasi diagnostik yang diperlukan sebelum operasi dinilai baik karena pada saat serah terima pasien (*hand offs*) perawat ruangan akan memberikan informasi tentang pasien dan memberikan status rekam medis serta hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi) ke perawat kamar bedah.

Hasil penelitian untuk *job satisfaction* di Tabel 3 menunjukkan 72,9% petugas kamar bedah merasa puas. Penilaian *job satisfaction* meliputi lingkungan kerja yang menyenangkan, kebanggaan terhadap pekerjaan, rasa persaudaraan, menjunjung tinggi moral, dan menyenangkan pekerjaan. Hasil penelitian sesuai dengan penelitian yang dilakukan Rigobello *et al.* (2012), sebagian besar petugas kamar bedah juga merasa puas dengan *job satisfaction*.

Hasil *job satisfaction* yang baik ini berhubungan dengan hasil *teamwork climate* dan *safety climate* yang juga dipersepsikan baik. Menurut AbuAIRub *et al.* (2012) ada hubungan positif kuat antara *teamwork climate* dengan *job satisfaction* dan antara *safety climate* dengan *job satisfaction*. Pendapat ini diperkuat dengan penelitian Sexton *et al.* (2006) bahwa *teamwork* yang baik berhubungan dengan *job satisfaction* yang lebih baik dan istirahat sakit yang lebih sedikit.

Hasil penelitian untuk *stress recognition* hanya 6,8% petugas kamar bedah yang memiliki persepsi baik (Tabel 3). Petugas kamar bedah kurang menyadari bahwa beban kerja yang tinggi, situasi yang tegang, dan kelelahan dapat mempengaruhi kinerja. Penilaian budaya keselamatan pasien Grant, Donaldson dan Larsen (2006) di rumah sakit anak, menemukan bahwa semua kelompok tim pelayanan kesehatan menunjukkan pengakuan stres dan kelelahan yang rendah. Sexton, Thomas, dan Helmreich (2000) menemukan bahwa 70% dr bedah, 47% dr anestesi, 55% perawat anestesi dan 60% perawat kamar bedah membantah dampak kelelahan pada kinerja. Ini sangat berbeda dengan industri penerbangan, hanya 27% pilot yang membantah dampak kelelahan pada kinerja. Perbedaan pendapat yang signifikan antara petugas medis dan pilot karena pilot lebih menyadari bahwa kelelahan dan stres dapat menjadi sumber bencana bagi penumpang. Hal ini bisa dimengerti karena industri penerbangan telah memiliki budaya keselamatan dan komitmen yang tinggi pada keselamatan penumpang. Dibandingkan petugas medis yang merupakan bagian dari organisasi kesehatan yang belum sepenuhnya memiliki budaya keselamatan.

Menurut Cahyono (2008), bila rumah sakit telah memiliki budaya keselamatan pasien maka setiap petugas di rumah sakit akan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang aman. Nilai dasar seperti kedisiplinan, kepatuhan terhadap standar, prosedur, dan protokol yang ada, bekerja dalam *teamwork*, nilai kejujuran dan keterbukaan serta rasa saling menghormati dan menghargai satu sama lain dijunjung tinggi oleh setiap petugas. Nilai tersebut menjadi perekat setiap petugas, dikomunikasikan dan diajarkan dari dan ke setiap petugas, menjadi aturan yang ditaati sehingga membentuk kebiasaan dan perilaku setiap petugas dalam rumah sakit. Setiap petugas dapat bertindak sebagai barrier dalam pelayanan.

## Analisis Pengetahuan terhadap Kepatuhan Penerapan SSC

Pengetahuan dan keterampilan tentang keselamatan memiliki hubungan yang kuat dengan kepatuhan (Neal *et al.*, 2000). Hasil penelitian untuk pengetahuan tentang SSC menyatakan bahwa 61% petugas kamar bedah memperoleh nilai kurang dari 60, pengetahuan yang kurang ini menyebabkan kepatuhan penerapan SSC rendah dan kelengkapan pengisian juga rendah.

Cabana *et al.* (1999) menganalisis 76 artikel tentang hambatan kepatuhan dokter terhadap pedoman. Hambatan dibedakan menjadi tiga, yaitu pengetahuan dokter (kurangnya kesadaran dan kurangnya pemahaman), sikap (kurangnya kesepakatan, kurangnya efektivitas diri, kurangnya hasil yang diharapkan) dan perilaku (hambatan eksternal). Pengetahuan dan sikap dokter merupakan hambatan penerapan kepatuhan pedoman dua kali lebih sering.

### Hambatan dalam Penerapan SSC

Faktor hambatan dalam penerapan SSC diperoleh dari jawaban pertanyaan terbuka. Setiap petugas kamar bedah menuliskan tiga faktor hambatan penerapan SSC.

Faktor hambatan penerapan SSC pada Tabel 5 ranking 1 sampai 5 meliputi:

1. Kurangnya tenaga perawat  
Pernyataan ini didukung dengan hasil tentang *management* bahwa 66,1% petugas OK menyatakan jumlah staf kurang karena jumlah kebutuhan perawat untuk satu tim operasi sekitar 4–5 orang tergantung jenis operasi. Pada saat tim bedah sudah siap untuk *time out*, perawat sirkulasi sebagai pemimpin *time out* masih belum selesai dalam mempersiapkan peralatan penunjang, seperti memasang selang suction, mengoneksi peralatan listrik, mengatur letak lampu operasi, dan lain-lain. Multiperan perawat sirkulasi ini merupakan faktor risiko ketidakpatuhan penerapan SSC.
2. Belum paham tentang pelaksanaan SSC  
Pengakuan ini sesuai dengan hasil pengetahuan petugas kamar bedah yang sebagian besar masih rendah. Selama ini belum ada pelatihan secara khusus untuk penerapan SSC.
3. Petugas belum terbiasa (sering lupa)  
Selama ini form SSC tersedia di ruang kamar bedah

dan tidak tersedia di ruang penerimaan pasien. Sehingga saat serah terima pasien perawat sering lupa melakukan pengisian pada bagian *check in* dan sampai akhir operasi perawat lupa untuk menggunakan SSC. Saat peneliti melakukan observasi, kepala perawat telah memindahkan form SSC dari ruang kamar bedah ke ruang penerimaan. Perawat meletakkan selebar form SSC di setiap *bed transfer* sehingga saat penerimaan pasien, perawat akan selalu melihat form SSC waktu memindahkan pasien ke *bed transfer*. Cara ini dilakukan untuk mengingatkan perawat melakukan pengisian SSC sehingga diharapkan meningkatkan kepatuhan penerapan SSC.

4. Dokter terburu-buru,  
Ada beberapa dokter yang kadang terburu-buru dalam melakukan operasi seperti penelitian Catchpole *et al.* (2009) 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. Karena itu ceklis selain memberikan manfaat harus sederhana dan waktu pengisian maksimal satu menit. Pengetahuan petugas yang kurang dan belum pernah mendapat pelatihan tentang pelaksanaan SSC membuat petugas belum terbiasa sehingga membutuhkan waktu lebih lama. Hal ini mungkin salah satu faktor yang membuat dokter kurang sabar. Perlu dilakukan evaluasi dalam pelaksanaan SSC sehingga pada saat *time out* pelaksanaan SSC ini dapat menjadi bagian dari proses operasi, bukan merupakan sesuatu yang terpisah.
5. Kurang kesadaran pentingnya SSC,  
Belum adanya sosialisasi ke para dokter dan belum adanya pelatihan untuk perawat kamar bedah menyebabkan dokter dan perawat tidak mengetahui manfaat SSC sehingga tidak merasa perlu menggunakan ceklis tersebut.
6. Hambatan komunikasi antara dokter dan perawat.

Hirarki atau senioritas dalam tim bedah merupakan hambatan dalam komunikasi antara dokter dan perawat. Penelitian Yule *et al.* (2008) menemukan bahwa ada pengaruh signifikan dari senioritas ketika membandingkan sikap dokter bedah konsultan/senior dengan dokter bedah junior dan perawat kamar bedah. Dokter bedah junior cenderung menerima keputusan tanpa pertanyaan. Selain itu faktor psikologis, situasi yang tegang dan stres, dapat menjadi faktor hambatan dalam komunikasi sehingga perawat sirkulasi tidak berani memimpin *time out*.

Para dokter yang belum tahu tentang kebijakan dan SPO yang ada juga dapat menjadi hambatan dalam komunikasi. Sosialisasi kebijakan dan SPO untuk perawat biasanya sudah dilaksanakan sementara sosialisasi untuk para dokter hampir tidak pernah ada. Sehingga bila ada suatu program atau ketentuan baru akan ada hambatan dari dokter karena ketidaktahuan akan program atau ketentuan tersebut.

#### Isu Strategis

Isu strategis dari hasil analisis faktor kebijakan dan prosedur, budaya keselamatan pasien dan faktor individu adalah:

1. Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien dan Penerapan SSC tidak ada;
2. Sosialisasi SPO pemberian tanda sisi operasi ke para perawat dan dokter masih kurang;
3. Pengetahuan dan pelaksanaan tentang SSC yang masih kurang, belum terbiasa atau sering lupa menggunakan SSC.
4. Kurang kesadaran pentingnya SSC sehingga merasa pengisian SSC sebagai beban kerja tambahan, dokter terburu-buru, dan hambatan dalam komunikasi antara dokter dan perawat.
5. Dukungan manajemen kamar bedah masih kurang dalam hal informasi tentang kejadian *patient safety* di RS, penanganan masalah dokter dan perawat secara konstruktif, dan kecukupan jumlah staf/perawat di kamar bedah;

#### Rekomendasi untuk Meningkatkan Kepatuhan Penerapan SSC di Kamar Bedah

Berdasarkan dari hasil *Focus Group Discussion* dan telaah peneliti maka dapat disusun suatu upaya

untuk meningkatkan kepatuhan penerapan SSC, yaitu:

1. Membuat kebijakan tentang Sasaran Keselamatan Pasien dan penerapan SSC secara tertulis.
2. Sosialisasi SPO untuk para dokter melalui forum pertemuan dokter, seperti pertemuan Kelompok Staf Medis Bedah dan Anestesi, Siang Klinik atau pertemuan khusus dokter bedah dan anestesi.
3. Sosialisasi untuk perawat tentang SSC dan SPO yang berkaitan dengan pelaksanaan SSC, yaitu:
  - a. Sosialisasi SSC dan SPO pemberian tanda daerah operasi untuk semua perawat kamar bedah agar lebih paham tentang pelaksanaan SSC dan mengetahui operasi yang harus diberi tanda dan operasi yang tidak perlu pemberian tanda. Sosialisasi dilakukan pada pergantian shift perawat.
  - b. Sosialisasi SPO pemberian tanda daerah operasi untuk semua perawat ruangan agar perawat dapat mengingatkan para dokter pada saat mendampingi visite untuk memberikan tanda pada daerah operasi.
4. Pelatihan penerapan SSC untuk perawat kamar bedah agar mengetahui dan memahami tahapan yang harus dilakukan sehingga pelaksanaan SSC dapat berjalan dengan baik. Pembuatan video pelaksanaan SSC merupakan alat bantu untuk pelatihan. Dalam pelatihan perlu ada *role play* secara bergantian agar para perawat semakin memahami pelaksanaan SSC.
5. *Empower nurse* (pemberdayaan perawat) dan meningkatkan peran advokasi perawat di ruangan dan di kamar bedah. Perawat sebagai "mitra kerja" dokter dapat mengingatkan bila dokter belum visite, memberi tanda daerah operasi, melakukan asesmen preoperasi, memberikan *informed consent*, dan sebagainya. Sedangkan pemberdayaan perawat kamar bedah dimaksudkan untuk dapat membentuk tim bedah yang efektif, sehingga bila perawat sirkulasi adalah perawat junior atau medior yang tidak berani meminta dokter bedah melakukan *time-out* maka anggota tim yang lain dapat membantu memulai *time-out*. Demikian pula bila sebelum *sign-out* dokter akan meninggalkan kamar bedah maka anggota tim dapat mengingatkan (*speak-up*).

6. Penyediaan fasilitas dan pembuatan reminder. Penyediaan spidol *water proff* untuk pemberian tanda di setiap ruang perawatan supaya perawat yang mengantar dokter visite bisa memberikan spidol ke dokter untuk memberi tanda daerah operasi. Pembuatan media informasi/*reminder* tentang:
  - a. SSC berupa poster atau lembar balik yang dipasang di tempat yang strategis di kamar bedah untuk mengingatkan perawat dan dokter, seperti di pintu masuk kamar bedah dan *nurse station*.
  - b. pemberian tanda berupa poster yang dipasang di *nurse station* ruangan agar mengingatkan perawat dan dokter yang visite.
7. Membudayakan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien  
Manajemen kamar bedah (Kepala Instalasi Bedah, Kepala Kamar Bedah, dan Kepala Perawat Kamar Bedah) harus mulai membudayakan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien sehingga dari pelaporan ini dapat digunakan sebagai pembelajaran dan memperbaiki sistem sehingga dapat mencegah terjadinya Insiden Keselamatan Pasien. Menumbuhkan kesadaran bahwa pelaporan bukan untuk menghukum petugas tetapi untuk memperbaiki sistem yang salah (mengubah *blaming culture* menjadi *safety culture*).
8. Evaluasi pelaksanaan SSC dan pemberian tanda daerah operasi.  
Evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan dan mengetahui hambatan yang ada dalam pelaksanaan SSC. Dari hasil evaluasi dibuat suatu tindak lanjut perbaikan. Dengan melakukan evaluasi secara berkelanjutan maka diharapkan pelaksanaan SSC dan pemberian tanda daerah operasi dapat menjadi budaya keselamatan di Kamar Bedah.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

RS belum memiliki dokumen kebijakan tentang Sasaran Keselamatan Pasien dan Penerapan SSC. Para dokter belum pernah diberi sosialisasi tentang SPO Penggunaan SSC untuk Operasi Elektif dan SPO Pemberian Tanda Sisi Operasi. Sebagian besar petugas Kamar Bedah memiliki pengetahuan yang

rendah tentang SSC. Penilaian budaya keselamatan pasien di Kamar Bedah untuk dimensi *teamwork climate*, *safety climate*, *working condition*, dan *job satisfaction* sudah baik, sedangkan untuk dimensi *management* dan *stress recognition* dinilai cukup baik. Rekomendasi untuk meningkatkan penerapan SSC di Kamar Bedah yaitu: membuat Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien dan Penerapan SSC; sosialisasi SPO penggunaan SSC untuk operasi elektif dan SPO pemberian tanda sisi operasi ke dokter sebagai *user* kamar bedah dan perawat kamar bedah; pelatihan/ sosialisasi pelaksanaan SSC untuk perawat kamar bedah; pemberdayaan perawat dan meningkatkan peran advokasi perawat sebagai sebagai mitra kerja dan *teamwork* dokter; penyediaan fasilitas (spidol *water proff*); pembuatan media informasi/*reminder* berupa poster dan lembar balik; monitor dan evaluasi secara berkala untuk mengetahui masalah atau hambatan yang ada sehingga dapat dilakukan perbaikan secara berkesinambungan.

### Saran

Bagi Rumah Sakit agar melaksanakan rekomendasi yang telah disusun agar kepatuhan penerapan SSC dapat ditingkatkan. Melakukan evaluasi secara berkala terhadap penerapan SSC di Kamar Bedah dengan model PDSA sehingga dapat dilakukan perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan penerapan SSC secara berkelanjutan. Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Komite Mutu dengan membuat indikator penggunaan SSC dan kelengkapan pengisian SSC.

Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut untuk melihat hasil intervensi dan perubahan budaya keselamatan pasien post intervensi. Penelitian lebih lanjut untuk melihat *outcome* penerapan SSC di kamar bedah, baik *outcome* pada pasien maupun *outcome* pada petugas kamar 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
- Cabana M.D., Rand C.S., Powe N.R., Wu A.W., Wilson M.H., Abboud P.A., Rubin H.R., 1999. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, vol. 282 (15) : 1458–1465.



- Cahyono S.B. , 2008. Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran. Kanisius. Yogyakarta.
- Carthey J., Leval M.R., Wright D.J., Farewell V.T., Reason J.T., 2003. Behavioural markers of surgical excellence. *Safety Science* vol 41 : 409-425.
- 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>. [Accessed 15 Mei 2013].
- Cooper M.D., Philips R.A., 2004. Exploratory analysis of the safety climate and safety behavior relationship. *Journal of Safety Research*, vol 35 : 497-512
- Flin R., Yule S., McKenzie L., Brown S.P., Maran N., 2006. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon* vol 4 (3) : 141-151.
- Gawande A.A. , 2011. Pentingnya Sebuah Checklist. Gramedia. Jakarta.
- Gawande A.A., Thomas E.J., Zinner M.J., Brennan T.A., 1999. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, vol 126 (1) : 66-75.
- Giles S.J., Rhodes P., Clements G., Cook G.A., Hayton R., Maxwell M.J., Sheldon T.A., Wright J., 2006. Experience of wrong site surgery and surgical marking practices among clinicians in the UK. *Quality Safety Health Care*, vol 15 : 363-368.
- Grant M.C., Donaldson A.E., Larsen G.Y., 2006. The safety culture in a children's hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 21(3) : 223-229.
- Haynes A.B., Weiser T.G., Berry W.R., Lipsitz S.R., 2009. Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine* , 360:(5) 491-499.
- Katz-Navon T., Naveh E., Stern Z., 2005. Safety Climate in Health Care Organizations : A Multidimensional Approach. *The Academy of Management Journal*, vol. 48 (6) : 1075–1089.
- Makary M., Sexton J.B., Freischlag J.A., Holzmüller C.G., Millman E.A., Rowen L., Pronovost P.J., 2006. Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *Journal American College of Surgeons*, vol. 202:746–752.
- Neal A., Griffin M.A., 2006. A Study of The Lagged Relationships Among Safety Climate, Safety Motivation, Safety Behavior, and Accidents at the Individual and Group Levels. *Journal of Applied Psychology*, vol 91 (4) : 946 - 953.
- Neal A., Griffin M.A., Hart P.M., 2000. The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*, vol 34 : 99-109.
- 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.
- Sexton J.B., Thomas E.J., Helmreich R.L., 2000. Error, Stress, and Teamwork in Medicine and Aviation : Cross Sectional Surveys. *British Medical Journal*, vol 320 : 745-749.
- Sexton J.B., Helmreich R.L., Neilands T.B., Rowan K., Vella K., Boyden J., 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. *BMC Health Services Research*, 6(44).
- World Health Organization, 2009. WHO Guidelines for Safe Surgery : Safe Surgery Saves Lives. WHO. Geneva.
- Yule S., Flin R., Maran N., Rowley D., Yougson G., Brown S.P., 2008. Surgeons' Non-technical Skills in the Operating Room: Reliability Testing of the NOTSS Behavior Rating System. *World Journal Surgeon*, vol 32:548-556.