

PERBEDAAN KEPATUHAN TIM BEDAH MELAKSANAKAN SURGICAL SAFETY ANTARA PASIEN OPERASI ELEKTIF DAN EMERGENCY

Nanda Priatna¹⁾, Rudi Hamarno¹⁾, Roni Yuliwar¹⁾

¹⁾ Poltekkes Kemenkes Malang
E-mail: nandopriatna5@gmail.com

The Difference Of Obedience Surgical Team In The Implementation Of Surgical Safety Between Elective And Emergency Surgery Patients

Abstract: Patient safety with surgery becomes the main focus in medical action, as it involves invasive procedure. The surgical team's obedience is very important to reduce the risk at the surgery procedure. The purpose from this research is to know the difference of surgical team's obedience in implementation of surgical safety between elective and emergency surgical patient at Karsa Husada Hospital's operating room. The research design used comparative design with cross-sectional approach, with the amount of sample is 22 person and used the purposive sampling. The method of collecting data implemented by non-participative observation to the surgical team that conducting the operation each 15 times to both the elective dan emergency surgery patient. The research instrument that used was SSC observation form and it was customized by hospital's form. The data was analytic with Chi-Square test. The research's result show the surgical team's obedience in surgical safety checklist implementation at elective surgical patient is 80% was scored obey, meanwhile at emergency surgical patient is only 7% was scored obey, and the significance score is 0,000, that means there is a difference of surgical team's obedience in the implementation of surgical safety between elective and emergency surgery patient. The recommendation given to the surgical team is the team is expected to carry out the surgical safety maximally and don't missed some of the SSC's point especially at the both of time out and sign out phase.

Keywords: Obedience, surgical team, surgical safety, elective, emergency

Abstrak: Keselamatan pasien dengan tindakan operasi menjadi sorotan utama dalam tindakan medis, karena tindakan tersebut menyangkut prosedur yang dilakukan secara invasif. Kepatuhan tim bedah sangatlah penting dalam menurunkan resiko terjadinya kecelakaan dalam setiap tindakan operasi. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui perbedaan kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan surgical safety antara pasien operasi elektif dan emergency di instalasi kamar operasi RSU Karsa Husada. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian komparatif dengan pendekatan cross-sectional, dengan besar sampel berjumlah 22 orang serta menggunakan teknik purposive sampling. Metode pengambilan data dilakukan dengan cara observasi non-partisipatif kepada tim bedah yang melaksanakan surgical safety pada tindakan operasi masing-masing sebanyak 15 kali pada pasien operasi elektif dan emergency. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar observasi yang disesuaikan dengan SSC milik rumah sakit. Pengolahan data menggunakan teknik analitik komparatif dengan uji Chi Kuadrat. Hasil penelitian menunjukkan kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan surgical safety pada pasien operasi elektif sejumlah 80% dinilai telah patuh, sementara pada pasien operasi emergency hanya sejumlah 7% saja yang dinilai patuh, serta nilai signifikan 0,000 yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan surgical safety antara pasien operasi elektif dan emergency. Saran yang dapat diajukan kepada tim bedah adalah diharapkan dapat melaksanakan surgical safety dengan maksimal dan tidak melewatkan poin-poin yang terdapat dalam SSC terutama pada fase time out dan sign out.

Kata Kunci: Kepatuhan, tim bedah, surgical safety, elektif, emergency

PENDAHULUAN

Safe surgery saves lives adalah suatu program yang dibuat oleh *World Health Organization* (WHO) dan merupakan bagian dari *patient safety* yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian yang terjadi akibat pembedahan. Tujuan dari *safe surgery saves lives* yang kemudian dikenal dengan *surgical safety* adalah untuk mencegah terjadinya insiden kecelakaan pada saat tindakan operasi. Keselamatan pasien dengan tindakan operasi menjadi sorotan utama dalam tindakan medis, karena tindakan tersebut menyangkut prosedur yang dilakukan secara invasif. Jika ada kesalahan dalam prosedur pembedahan maka keselamatan pasien pun juga akan terancam. Oleh karena itu, WHO melalui *World Alliance for Patient Safety* tahun 2007, telah mengeluarkan suatu metode untuk menjaga keselamatan pasien operasi dalam bentuk *Surgical Safety Checklist* (SSC), yang merupakan hasil resolusi dari *World Health Assembly* ke 55 pada tahun 2002 untuk mengurangi angka kematian pasien akibat tidak berjalannya *patient safety* (WHO, 2009).

Keselamatan pasien atau *patient safety* merupakan poin penting dalam melakukan semua tindakan medis maupun pemberian asuhan keperawatan, terutama dalam tindakan operasi atau pembedahan. Keselamatan pasien ditekankan pada pengurangan resiko kejadian tidak diinginkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), maupun angka kematian. *Patient safety* di Indonesia mulai dicanangkan pada tahun 2005 dan terus berkembang menjadi isu utama dalam pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien sakit di Indonesia sendiri telah diatur dalam Undang-

Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang menjelaskan tentang bagaimana pelayanan kesehatan di rumah sakit yang baik dan berorientasi pada keselamatan pasien (Depkes RI, 2009).

Pelaksanaan *surgical safety* sendiri, menurut WHO haruslah terdiri dari beberapa peran yang tergabung dalam suatu tim bedah yakni: dokter bedah atau operator, dokter yang menjadi asisten operator, dokter anestesi, asisten atau perawat anestesi, perawat instrument atau *scrub nurse*, dan perawat sirkuler atau *on loop* (WHO, 2009). Masing-masing petugas kamar operasi memiliki peran yang harus dijalankan.

Peran medis yang dijalankan oleh tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* sangat dipengaruhi oleh banyak faktor, baik internal maupun eksternal. Seperti halnya faktor internal, hal-hal yang mempengaruhi pelaksanaan *surgical safety* antara lain pengetahuan tim, sikap tim, dan kepatuhan tim dalam menjalankan prosedur. Kepatuhan tim dinilai sangat penting karena menjadi landasan berhasil atau tidaknya tim bedah dalam menjaga keselamatan pasien dari masa pre-operasi hingga post-operasi. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, menyatakan bahwa tim bedah hendaknya meningkatkan pengetahuan, sikap, dan *skill* dalam pelaksanaan standar operasional prosedur dari *surgical safety* (Sandrawati, Juliana *et al*, 2013).

Menurut WHO sendiri, *surgical safety* sendiri dibagi menjadi 3 alur bagian yang dituangkan dalam *surgical safety checklist*, sebelum dilakukan induksi anestesi (*sign in*), sebelum dilakukan tindakan insisi bedah (*time*

out), dan sebelum menutup area operasi (sign out) (WHO, 2009). Pada tahun 2008 pernah dilakukan uji coba *surgical safety checklist* di 8 negara dan memberikan manfaat yang cukup baik dalam mengurangi komplikasi dan kematian post operasi (Haynes *et al.* 2009). Sementara di Indonesia, belum ada data yang lengkap tentang angka kematian dan komplikasi pembedahan, serta data mengenai praktik keselamatan pasien pada tindakan pembedahan.

Kepatuhan tim bedah sangatlah penting dalam menurunkan resiko terjadinya kecelakaan dalam operasi, baik elektif maupun *emergency*. Kepatuhan yang dimiliki oleh tim bedah haruslah konstan meskipun operasi yang akan dilakukan sangat *emergency*. Operasi elektif maupun *emergency* tetaplah harus mengutamakan keselamatan pasien. Prinsip yang ditekankan adalah setiap operasi haruslah diikuti dengan *surgical safety* untuk meningkatkan keselamatan pasien operasi (WHO, 2009).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di sebuah rumah sakit umum, jumlah operasi tiga bulan terakhir adalah sebanyak 225 kasus, yang telah tergabung antara elektif dan *emergency*. Untuk pelaksanaan *surgical safety* dengan implementasi SSC, melalui wawancara dengan kepala ruang instalasi kamar operasi didapatkan hasil bahwa implementasi SSC ditekankan pada kelengkapan isi saja. Dalam kurun satu tahun terakhir, angka insiden pada pasien operasi hampir tidak ada.

Dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien, perlu adanya penekanan pada pelaksanaan *surgical safety* yang dilakukan oleh tim bedah. Pelaksanaan *surgical safety* tidak

dapat ditinggalkan baik jenis operasi elektif maupun *emergency*. Oleh karena itu, peneliti ingin menyusun sebuah penelitian dengan judul Perbedaan Kepatuhan Tim Bedah dalam Pelaksanaan *Surgical Safety* antara Pasien Operasi Elektif dan *Emergency*.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* antara pasien operasi elektif dan *emergency*, sedangkan untuk tujuan khususnya adalah untuk mengidentifikasi kepatuhan dari tim bedah dalam melaksanakan prosedur *surgical safety* pada pasien operasi elektif maupun *emergency*, serta menganalisis perbedaan kepatuhan dari tim bedah dalam melaksanakan prosedur *surgical safety* antara pasien operasi elektif dan *emergency*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian komparatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Dalam penelitian ini, metode pengumpulan data yang dilakukan adalah metode observasi nonpartisipasif dan sistematis, dimana peneliti tidak ikut di dalam aktivitas yang dilakukan oleh responden yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah tim bedah ruang operasi yang melaksanakan tindakan operasi, yang terdiri dari 12 dokter spesialis dan 10 orang perawat ruang operasi. Sampel dalam penelitian ini adalah tim bedah ruang operasi yang melaksanakan tindakan operasi elektif dan *emergency* masing-masing 15 kasus. Tim bedah yang dimaksud terdiri dari: dokter bedah, tim anestesi yang terdiri dari dokter dan perawat,

perawat instrumen atau instrumentator, serta perawat sirkuler dan sesuai dengan kriteria inklusi. Kriteria inklusi yang dimaksud adalah tim bedah yang melaksanakan *surgical safety* pada tindakan operasi elektif dan tim bedah yang melaksanakan *surgical safety* pada tindakan operasi *emergency* dimana keduanya adalah personal yang sama. Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*. Penelitian dilakukan di RSUD Karsa Husada Batu pada 19 Februari sampai dengan 30 Maret 2018.

Variabel dalam penelitian ini adalah kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety checklist* pada operasi elektif dan kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety checklist* pada operasi *emergency*. Definisi operasional dari kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* adalah kepatuhan responden (tim bedah) dalam melaksanakan *surgical safety*, dimulai dari *sign in*, *time out*, hingga *sign out*, serta diobservasi sebanyak satu kali selama masing-masing 15 kali dengan menggunakan lembar SSC pada pasien operasi elektif maupun *emergency*.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar *surgical safety checklist* (SSC) milik rumah sakit yang sesuai dengan standar WHO. Melalui instrumen data tersebut, skor 1 akan diberikan jika *checklist* dilakukan sesuai standar, dan skor 0 jika tidak dilakukan. Data yang diperoleh akan diolah dan dianalisis, jika semua poin SSC dilakukan dengan benar, maka dikategorikan menjadi patuh, namun jika ada 1 poin saja yang tidak dilakukan dengan benar, maka dikategorikan tidak patuh. Kemudian, data

yang telah dikategorikan akan diuji menggunakan uji statistik *Chi-square* dengan bantuan aplikasi komputer dan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Dugaan sementara peneliti mengacu sesuai teori bahwa tidak ada perbedaan kepatuhan tim bedah pada pelaksanaan *surgical safety* antara pasien operasi elektif dan *emergency*. Data yang telah dianalisis diuraikan dalam beberapa bentuk diagram dan tabel seperti: distribusi frekuensi usia dan lama kerja, serta tabel silang yang menunjukkan perbandingan perbedaan kepatuhan antara pasien operasi elektif dan *emergency*.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Kamar Operasi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu. Rumah sakit yang terletak di Jalan Jenderal Ahmad Yani no. 11-13, Ngaglik, Batu, Kota Batu, Jawa Timur ini merupakan rumah sakit pemerintah berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur nomor 37 tahun 2000 dan Keputusan Gubernur nomor 26 tahun 2002. Instalasi kamar operasi sendiri memiliki 2 ruang operasi yang digunakan untuk tindakan pembedahan.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden

Karakteristik Responden	Jumlah
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	16
Perempuan	6
Usia	
21-30 tahun	4
31-40 tahun	9
41-50 tahun	6
>50 tahun	3
Pekerjaan	
Dokter Spesialis	12
Perawat OK	7
Perawat Anestesi	3
Lama Kerja	
<5 tahun	5
5-10 tahun	7
>10 tahun	10

Berdasarkan Tabel 1, dapat diketahui bahwa sebagian responden memiliki jenis kelamin laki-laki sejumlah 16 orang, sebagian besar responden memiliki rentang usia 31- 40 tahun sejumlah 9 orang, sebagian besar responden memiliki pekerjaan dokter spesialis sejumlah 12 orang, dan sebagian besar responden memiliki lama kerja >10 tahun.

Tabel 2. Perbedaan Kepatuhan Tim Bedah

Tingkat kepatuhan Jenis Operasi	Patuh	Tidak Patuh	Total	Nilai Signifikan (p)
	N	N		
Elektif	12	3	15	0,000
Emergency	1	14	15	
Total	13	17	30	

Berdasarkan tabel 2, dapat diketahui bahwa tim bedah pada pasien operasi elektif telah dikatakan patuh dalam pelaksanaan *surgical safety* yakni sejumlah 12 dari 15 operasi, sementara pada operasi *emergency* masih dikatakan kurang patuh dalam pelaksanaan *surgical safety*, karena hanya 1 dari 15 operasi saja yang dikatakan sudah patuh. Dari total keseluruhan 30 operasi, tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* sudah dikatakan patuh pada 13 operasi dan tidak patuh pada 17 operasi.

Berdasarkan uji Chi-kuadrat dibantu dengan aplikasi statistik, didapatkan *p-value* = 0,000, dimana *p-value* kurang dari α ($0,000 < 0,05$) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan tim bedah pada pelaksanaan *surgical safety* antara pasien operasi elektif dan *emergency*.

Tabel 3. Perbedaan Kepatuhan Tim Bedah pada Masing-Masing Fase *Surgical Safety*

	Elektif		Emergency		Total	Nilai Signifikan (p)
	Patuh	Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh		
	N	N	N	N		
Sign In	14	1	12	3	30	0.28
Time Out	15	0	5	10	30	0.00
Sign Out	12	3	2	13	30	0.00

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa pada fase *sign in* kepatuhan tim bedah dikatakan telah patuh, yakni sejumlah 26 dari 30 operasi, tim bedah sudah melaksanakan *surgical safety* dengan baik. Pada fase *time out* sejumlah 20 operasi termasuk dalam kategori patuh dan pada fase *sign out* sejumlah 14 operasi saja yang termasuk dalam kategori patuh. Berdasarkan uji Chi-kuadrat, didapatkan *p-value* pada fase *sign in* sebesar 0,28 dimana *p-value* lebih besar dari α ($0,28 > 0,05$), yang menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan kepatuhan tim bedah pada pelaksanaan *surgical safety* pada fase *sign in* antara pasien operasi elektif dan *emergency*. Sementara pada fase *time out* dan *sign out*, didapatkan *p-value* sebesar 0,00 dimana *p-value* lebih kecil dari α ($0,00 < 0,05$), yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan tim bedah pada pelaksanaan *surgical safety* pada fase *time out* dan *sign out* antara pasien operasi elektif dan *emergency*.

PEMBAHASAN

1. Kepatuhan Tim Bedah dalam Pelaksanaan *Surgical Safety* pada Pasien Operasi Elektif

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hasil bahwa sebagian besar tim bedah telah patuh dalam pelaksanaan *surgical safety* selama

observasi dilakukan pada operasi elektif. Ketidaktepatan yang didapatkan dari hasil observasi adalah tim kurang tepat dalam melaksanakan beberapa poin *surgical safety checklist* karena lupa dan terburu-buru dalam menyelesaikan tindakan operasi.

Sebagian besar poin-poin *checklist* yang tidak dilaksanakan dengan tepat pada operasi elektif terletak pada fase *sign in* dan *sign out*. Pada fase *sign in*, poin *checklist* yang sering tidak dilaksanakan adalah konfirmasi identitas pasien yang kurang tepat oleh tim bedah. Lalu, pada fase *time out* beberapa poin *checklist* yang tidak dilaksanakan adalah konfirmasi secara verbal nama prosedur tindakan oleh perawat sirkuler dan konfirmasi penghitungan instrumen, alat habis pakai, jarum yang telah dipakai selama tindakan operasi oleh perawat instrumen. Jika terlewatkan atau tidak sesuai, maka resiko yang dapat terjadi adalah tertinggalnya instrumen-instrumen atau bahkan bahan habis pakai yang digunakan saat tindakan operasi. Sesuai dengan hasil observasi, ketidaktepatan yang terletak pada fase *sign in* dan *sign out* saat operasi elektif, ditemukan hanya 1 sampai 3 kali kesalahan dalam 15 kali observasi. Setelah diklarifikasi kepada tim bedah, didapatkan pernyataan yang mengatakan bahwa perawat sirkuler dan anggota tim bedah terlupa dengan poin yang terlewatkan sehingga skor yang didapatkan menjadi tidak patuh, meskipun hanya 1 sampai 3 poin yang tidak dilaksanakan.

Kepatuhan tim bedah yang dinilai sudah patuh dalam pelaksanaan *surgical safety* dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia yang rerata adalah tergolong dalam usia dewasa,

tingkat pendidikan yang rerata adalah S2 Profesi untuk dokter operator, serta sikap dalam melaksanakan tindakan operasi yang tergolong dalam jenis operasi elektif. Selain itu, berdasarkan observasi yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa pada operasi elektif tim bedah mendapatkan waktu yang cukup untuk persiapan dan lebih fokus dalam melaksanakan *surgical safety* sesuai dengan instrumen milik rumah sakit dan SOP.

Kepatuhan yang dimaksudkan dalam hasil penelitian ini adalah tim bedah telah melaksanakan semua poin yang tertera dalam lembar *surgical safety checklist* sesuai dengan deskripsi indikator yang sesuai dengan ketentuan WHO. Oleh karena itu, berdasarkan hasil observasi yang dilakukan sebanyak 15 kali pada pasien yang dilakukan operasi elektif didapatkan tim bedah telah patuh dalam pelaksanaan *surgical safety*.

2. Kepatuhan Tim Bedah dalam Pelaksanaan *Surgical Safety* pada Pasien Operasi *Emergency*

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hasil bahwa sebagian besar tim bedah masih tidak patuh dalam pelaksanaan *surgical safety* selama observasi dilakukan pada operasi *emergency*. Ketidaktepatan yang didapatkan dari hasil observasi adalah tim kurang tepat dalam melaksanakan beberapa poin *surgical safety checklist* karena lupa, terburu-buru dalam menyelesaikan tindakan operasi, dan tim yang berjumlah lebih sedikit daripada operasi elektif sehingga berfokus pada tindakan operasi.

Sebagian besar poin-poin *checklist* yang tidak dilaksanakan dengan tepat pada operasi

emergency terletak pada semua fase, yakni fase *sign in*, *time out*, dan *sign out*. Pada fase *sign in*, beberapa poin yang tidak dilaksanakan adalah konfirmasi identitas pasien yang kurang tepat oleh tim bedah. Pada fase *time out*, beberapa poin yang paling banyak tidak dilaksanakan adalah konfirmasi waktu berapa lamanya tindakan operasi oleh dokter operator, konfirmasi antisipasi kehilangan darah selama tindakan operasi oleh dokter operator, konfirmasi lokasi insisi yang akan dibuat oleh dokter operator, review antisipasi kejadian kritis saat ada kejadian yang tidak diharapkan oleh dokter operator, serta review kesterilan alat dan kesesuaian dengan indikator oleh perawat instrumen. Pada fase *sign out*, beberapa poin yang paling banyak tidak dilaksanakan adalah konfirmasi penghitungan instrumen, alat habis pakai, jarum yang telah dipakai selama tindakan operasi oleh perawat instrumen, konfirmasi secara verbal nama prosedur tindakan oleh perawat sirkuler, serta review masalah yang perlu diperhatikan untuk penyembuhan dan manajemen pasien selanjutnya oleh tim bedah.

Sesuai dengan hasil observasi, ketidakpatuhan yang paling banyak terletak pada fase *sign out*, yakni pada poin konfirmasi nama prosedur operasi dan konfirmasi kesesuaian kelengkapan instrumen, bahan habis pakai, jarum antara sebelum dan sesudah tindakan operasi, karena ditemukan ketidaksesuaian lebih dari 10 kali selama observasi. Sedangkan untuk fase *time out*, poin-poin yang paling sering tidak sesuai adalah konfirmasi lamanya prosedur operasi dan konfirmasi antisipasi kehilangan darah oleh dokter operator, yang ditemukan ketidaksesuaian

lebih dari 7 kali selama observasi. Pada fase *sign in* tidak banyak poin yang tertinggal selama observasi dilakukan, hanya ditemukan 1 sampai 3 kali ketidaksesuaian khususnya pada poin konfirmasi identitas pasien oleh tim bedah dan konfirmasi penjelasan prosedur operasi kepada pasien oleh dokter operator. Setelah diklarifikasi kepada tim bedah, didapatkan pernyataan bahwa tim bedah telah melaksanakan tanpa ada konfirmasi, karena jenis operasi yang bersifat *emergency* dan terburu-buru dalam melaksanakan *surgical safety*, dan beberapa poin juga terlewat karena faktor perawat sirkuler yang kurang fokus dan lupa dalam melakukan poin yang harus konfirmasi. Selain itu, berdasarkan observasi yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa pada operasi *emergency*, tim bedah sering terburu-buru dalam melaksanakan tindakan operasi sehingga kurang fokus dalam melaksanakan *surgical safety* sesuai dengan instrumen milik rumah sakit dan SOP.

Ketidakpatuhan yang dimaksudkan dalam hasil penelitian ini adalah tim bedah tidak melaksanakan poin-poin yang tertera dalam lembar *surgical safety checklist* sesuai dengan deskripsi indikator yang sesuai dengan ketentuan WHO atau sudah dilaksanakan namun kurang tepat dalam pelaksanaannya. Oleh karena itu, hasil observasi yang dilakukan sebanyak 15 kali pada pasien yang dilakukan operasi *emergency* didapatkan tim bedah tidak patuh dalam pelaksanaan *surgical safety*.

3. Perbedaan Kepatuhan Tim Bedah dalam Pelaksanaan *Surgical Safety* antara Pasien Operasi Elektif dan *Emergency*

Berdasarkan data yang telah diolah dari observasi non-partisipatif yang dilakukan sebanyak 15 kali pada operasi elektif dan 15 kali pada operasi *emergency* serta dibantu dengan penghitungan secara statistik menggunakan uji Chi Kuadrat, didapatkan hasil $p = 0,000$ yang berarti H_0 ditolak dan menyatakan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* antara pasien operasi elektif dan *emergency* di instalasi kamar operasi RSUD Karsa Husada. Dalam penelitian ini, yang dimaksud dengan patuh adalah tim bedah telah melaksanakan semua poin yang tertera dalam lembar *surgical safety checklist* sesuai dengan deskripsi indikator yang sesuai dengan ketentuan WHO dan mendapatkan skor akhir 25 pada lembar instrumen, sedangkan yang dimaksud dengan tidak patuh adalah tim bedah tidak melaksanakan poin-poin yang tertera dalam lembar *surgical safety checklist* sesuai dengan deskripsi indikator yang sesuai dengan ketentuan WHO atau sudah dilaksanakan namun kurang tepat dalam pelaksanaannya, dan mendapatkan skor akhir kurang dari 25 pada lembar instrumen.

Kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* dipengaruhi oleh karakteristik dasar seperti usia, masa kerja, tingkat pendidikan, serta faktor pendukung seperti standar operasional prosedur atau SOP. Sesuai dengan hasil penghitungan data, rata-rata usia tim bedah di instalasi kamar operasi termasuk dalam kategori dewasa, yang bila dihubungkan dengan teori, maka kepatuhan yang dimiliki termasuk dalam nilai yang baik. Selain itu, untuk tingkat pendidikan, rata-rata tingkat pendidikan di instalasi kamar operasi adalah S2 spesialis yang

dimiliki oleh dokter operator. Bila dihubungkan dengan teori, maka kepatuhan yang dimiliki tim bedah telah dinilai baik dikarenakan banyaknya sumber daya manusia yang memiliki tingkat pendidikan yang cukup tinggi. Sementara untuk masa kerja, rata-rata masa kerja yang dimiliki oleh tim bedah adalah 1 sampai 10 tahun yang dinilai masih cukup baru dalam memulai sebuah pengalaman. Hal ini juga sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa semakin kurang pengalaman dalam masa kerja, maka tingkat kepatuhan akan semakin ditingkatkan untuk mendapatkan pengalaman yang lebih baik. Selain itu, SOP tentang *surgical safety checklist* yang dimiliki oleh instalasi kamar operasi dinilai masih kurang dalam penjelasan masing-masing fase yang merupakan poin penting dalam pedoman pelaksanaan *surgical safety*.

Perbedaan kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* dapat dilihat dari masing-masing fase yang dilaksanakan pada pasien operasi elektif maupun *emergency*. Perbedaan yang paling signifikan dapat dilihat pada fase *time out* dan *sign out*. Pada fase *time out* angka perbedaan kepatuhan tim bedah antara operasi elektif dan *emergency* cukup jauh. Jika dihubungkan dengan teori, fase *time out* merupakan fase yang cukup penting karena fase tersebut merupakan tanda diawalinya sebuah tindakan operasi. Fase *time out* seharusnya dilaksanakan dengan sebenar-benarnya sesuai dengan standar WHO, dan perawat sirkuler wajib mengingatkan tim jikalau ada suatu hal terkait *time out* yang terlupa atau terdapat suatu kesalahan, karena jika tidak dilaksanakan dengan benar akan timbul banyak resiko yang mungkin

dapat terjadi seperti salah lokasi operasi, lalai dalam pemberian antibiotik profilaksis, kurangnya antisipasi dalam keadaan kritis, serta kesalahan dalam perhatian mengenai instrumen-instrumen atau bahan habis pakai yang digunakan.

Sedangkan untuk fase *sign out*, sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa fase *sign out* merupakan fase yang penting untuk pengecekan ulang dari beberapa hal yang dilakukan selama tindakan operasi. Berdasarkan hasil observasi, terdapat perbedaan kepatuhan tim bedah yang cukup jauh dalam pelaksanaan fase *sign out*. Jika tim bedah masih belum patuh dalam melaksanakan fase *sign out*, akan terjadi beberapa resiko yang mungkin terjadi seperti adanya instrumen atau bahan habis pakai yang tertinggal dan kesalahan dalam tindakan pemulihan akibat kurangnya komunikasi antara anggota tim bedah satu dengan yang lain. Kedua fase yang dinilai masih kurang tersebut paling banyak terjadi pada tindakan operasi *emergency*. Seharusnya, tim bedah mampu mempertahankan tingkat kepatuhannya seperti saat operasi elektif, terlebih mampu meningkatkan kepatuhannya pada saat *emergency*, karena jika tim bedah tidak patuh dalam hal *surgical safety*, maka kesalahan-kesalahan akan mungkin dapat terjadi pada saat operasi *emergency*. Meskipun kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* pada pasien operasi *emergency* dikatakan tidak patuh, sesuai dengan pengolahan data didapatkan bahwa hasil skor yang diperoleh rata-rata tidak cukup jauh dari skor maksimal, artinya hanya beberapa poin saja yang memang tidak dilaksanakan oleh tim bedah dan membuat skor

tidak maksimal dan masuk dalam kategori tidak patuh.

PENUTUP

Berdasarkan penelitian dan hasil penghitungan menggunakan uji Chi Kuadrat menunjukkan hasil $p < \alpha$ ($0,000 < 0,05$), yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan tim bedah dalam pelaksanaan *surgical safety* antara pasien operasi elektif dan *emergency* di instalasi kamar operasi RSUD Karsa Husada Batu.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Asmadi. 2010. *Pendekatan Kuantitatif dan Kualitatif serta kombinasinya dalam Penelitian Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azwar, S. 2012. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Liberty.
- Brunner & Suddarth. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta: 2010.
- Hamlin, L., et al. 2016. *Perioperative Nursing an Introduction 2nd Edition*. Australia: Elsevier.
- 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.
- Hidayat, Alimul A. 2009. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- HIPKABI. 2012. *Buku Pelatihan Dasar-Dasar Praktik Klinik Kamar Bedah*. Jakarta: HIPKABI Pers.
- Majid A., Yudha, M., Istianah, U. 2011. *Keperawatan Perioperatif*. Yogyakarta: Goysen Publishing.
- Marihot Simamora. 2016. Ngeri, Pasien RSUD Pandan Ini Meninggal dengan Belahan Operasi Sepanjang 50 cm (<http://suaratapanuli.com/3234/ngeri-pasien-rsud-pandan-ini-meninggal-dengan-belahan>

- operasi-sepanjang-50-cm/, diakses pada 18 September 2017).
- Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 2013. *Asuhan Keperawatan Perioperatif : Konsep, Proses, dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik Volume 2 Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Sandrawati, Juliana dkk. 2013. *Rekomendasi untuk Meningkatkan Kepatuhan Penerapan Surgical Safety Checklist di Kamar Bedah*. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 17 No. 1* (Jurnal Online).
- Setiadi. 2007. *Perilaku Perawat Profesional terhadap Suatu Anjuran, Prosedur, atau Peraturan yang Harus Dilakukan atau Ditaati*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. 2010. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Wawan, A dan Dewi M. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Winona, H. 2012. *Our Surgical Team* (Online), (https://www.winona_health.org/health-care-providers-and-services/surgical-services-team/), diakses pada 16 September 2017).
- World Health Organization. 2009. *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist: Safe Surgery Saves Lives* (Online). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, 2009. *WHO Guidelines for Safe Surgery : Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: WHO.