**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Stres Kerja**
     1. **Definisi Stres dan Stres Kerja**

Stres adalah suatu kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berpikir dan, kondisi fisik seseorang. Stres yang tidak diatasi dengan baik berakibat pada ketidakmampuan seseorang berinteraksi secara positif dengan lingkungannya, baik dalam arti lingkungan pekerjaan maupun diluarnya. Artinya karyawan yang bersangkutan akan menghadapi berbagai gejala negatif kemudian akan berpengaruh pada prestasi kerjanya (Siagian, 2011). Robbins & Judge (2013) menyatakan bahwa stres merupakan kondisi dimana individu dihadapkan pada kesempatan, batasan, atau tuntutan-tuntutan yang berkaitan dengan keinginan individu dan hal tersebut dianggap cukup penting tetapi juga menimbulkan perasaan tidak pasti.

Sedangkan pengertian dari stres kerja adalah reaksi seseorang terhadap tuntutan ditempat kerja yang sifatnya merugikan atau tuntutan kerja yang berlebihan (Spears, 2008). Lingkungan kerja merupakan salah satu yang dapat menimbulkan terjadinya stres. Stres kerja merupakan respon psikologi individu terhadap tuntutan di tempat kerja dan menuntut seseorang untuk beradaptasi (Hutasuhut, 2014).

* + 1. **Sumber Stres Kerja**

Terdapat tiga hal yang dapat menimbulkan stres kerja, yaitu lingkungan, organisasi, dan pribadi (Robbins & Judge, 2013).

1. Faktor Lingkungan

Ketidakpastian lingkungan mempengaruhi desain struktur organisasi, hal itu juga mempengaruhi tingkat stres di antara karyawan di organisasi tersebut. Memang, ketidakpastian adalah alasan terbesar seseorang mengalami masalah dalam menghadapi perubahan organisasi. Ada tiga tipe utama ketidakpastian lingkungan yaitu ekonomi, politik, dan teknologi.

2. Faktor Organisasi

Ada beberapa faktor dalam organisasi yang dapat menyebabkan stres. Tekanan untuk menghindari kesalahan atau menyelesaikan tugas dalam waktu yang terbatas, kelebihan beban kerja, bos yang menuntut dan tidak peka, dan rekan kerja yang tidak menyenangkan adalah beberapa contohnya. Faktor-faktor ini telah dikelompokkan dalam tugas, peran, dan tuntutan interpersonal.

Tuntutan tugas berhubungan dengan pekerjaan seseorang. Hal tersebut dapat berupa desain pekerjaan, kondisi kerja, dan tata letak pekerjaan fisik. Faktor yang kedua yaitu peran, peran yang berlebihan terjadi saat karyawan dituntut untuk melakukan pekerjaan lebih dari waktu yang sudah ditentukan. Konflik peran menciptakan harapan yang mungkin sulit untuk dicapai. Dan faktor yang ketiga yaitu tuntutan interpersonal, merupakan tekanan yang diciptakan oleh karyawan lain, seperti kurangnya dukungan sosial dari rekan kerja dan hubungan interpersonal yang buruk

3. Faktor Pribadi

Faktor pribadi merupakan faktor stres yang didapatkan dari kehidupan pribadi karyawan. Seperti masalah keluarga, masalah ekonomi pribadi, dan karakteristik kepribadian yang melekat. Faktor individu yang signifikan dapat mempengaruhi stres adalah watak dasar seseorang. Artinya, gejala stres yang terjadi pada pekerjaan sebenarnya bisa berasal dari kepribadian seseorang.

Stres juga dapat menyebabkan aditif. Setiap stressor baru dan terus-menerus menambah tingkat stres seseorang. Jadi, satu stresor mungkin relatif tidak penting dalam dirinya sendiri, namun bila ditambah stressor-stressor lain maka dapat mengakibatkan tingkat stres menjadi lebih tinggi.

* + 1. **Respon terhadap Stres**

Stres menuntut seseorang untuk menggunakan fisiologi dan psikologi untuk merespon dan beradaptasi terhadap stressor. Respon stres adalah alamiah, adaptif dan protektif. Karakteristik dari respon adalah hasil dari neuroendokrin yang terintegrasi serta terdapat perbedaan individu dalam berespon terhadap stressor yang sama (Potter & Perry, 2009).

Respon adaptif terdiri dari *local adaptation syndrom* dan *general adaptation syindrom*. *Local adaptation syndrome* (LAS) adalah respon jaringan, organ, atau bagian tubuh terhadap stres karena trauma, penyakit, atau perubahan fisiologis lainnya. Respon tersebut dapat berupa refleks nyeri atau inflamasi. Respon refleks nyeri merupakan respon adaptif yang bertujuan melindungi tubuh dari kerusakan lebih lanjut. Sedangkan refleks inflamasi distimulus oleh trauma dan infeksi.

*General adaptation syndrom* (GAS) merupakan respon fisiologi dari seluruh tubuh terhadap stres. Respon yang terlibat didalamnya adalah respon sistem saraf otonom dan sistem endokrin. *General adaptation syndrom* memiliki tiga tahap yaitu alarm, resistens, dan tahap kehabisan tenaga. Pada tahap alarm melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghadapi stressor. Aktivitas hormonal yang luas menyiapkan individu untuk melakukan respons melawan atau menghindar. Pada tahap resistem terjadi adaptasi terhadap stresor yang berbahaya. Jika pemajanan berlanjut terus-menerus dan tubuh gagal melakukan pertahanan maka terjadi kehabisan tenaga. Tahap kehabisan tenaga ini terjadi peningkatan aktivitas endokrin menghasilkan efek pemberhentian pada sistem tubuh terutama pada sistem peredaran darah, pencernaan dan imun yang menyebabkan kematian.

* + 1. **Tingkat Stres**

Potter & Perry (2009) membagi stres menjadi 3 tingkatan, yaitu:

1. Stres Ringan

Biasanya tidak merusak aspek fisiologis, sebaliknya stres sedang dan berat mempunyai resiko terjadinya penyakit. Stres ringan ini biasanya terjadi dalam beberapa menit atau beberapa jam dan tidak akan menimbulkan penyakit kecuali jika dihadapi terus menerus. Ciri-cirinya yaitu semangat meningkat, penglihatan tajam, namun cadangan energinya menurun, merasa letih, ketegangan otot, kadang-kadang terdapat gangguan sistem pencernaan, dan perasaan tidak santai.

1. Stres Sedang

Terjadi lebih lama beberapa jam sampai beberapa hari contohnya kesepakatan yang belum selesai, beban kerja yang berlebihan, mengharapkan pekerjaan baru, anggota keluarga pergi dalam waktu yang lama, situasi seperti ini dapat bermakna bagi individu yang mempunyai faktor predisposisi suatu penyakit koroner. Ciri-cirinya yaitu otot-otot terasa tegang, perasaan tegang, gangguan tidur, badan terasa berat, konsentrasi menurun, kadang terjadi gangguan sistem tubuh.

1. Stres Berat

Stres kronis yang terjadi beberapa minggu sampai beberapa tahun, misalnya hubungan suami istri yang tidak harmonis, kesulitan finansial dan penyakit fisik yang lama. Ciri-cirinya yaitu sulit beraktivitas, gangguan hubungan sosial, sulit tidur, penurunan konsentrasi, tidak mampu melakukan pekerjaan sederhana, gangguan sistem pada tubuh, dan perasaan takut meningkat.

* + 1. **Stres Kerja Perawat Kamar Bedah**

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Azizpour (2013) menunjukkan bahwa penyebab stres kerja adalah beban kerja yang berlebihan, lingkungan kerja yang beresiko, waktu pembedahan yang menekan, hal tersebut menunjukan stres yang berhubungan dengan aktivitas dan lingkungan fisik. Sedangkan hubungan dengan dokter dan teman sejawat karena komunikasi buruk dapat menyebabkan stres yang berhubungan dengan mental.

1. Beban kerja

Carayon dan Alvarado (2003) mengemukakan bahwa beban kerja perawat kamar bedah terdiri dari 6 dimensi, dimensi – dimensi tersebut meliputi beban kerja fisik, kognitif, tekanan waktu, emosional, kuantitatif, kualitatif dan varian beban kerja. Beban kerja perawat kamar bedah memiliki beban kerja yang tinggi dapat mempengaruhi dimensi beban kerja fisik seperti mengangkat pasien, berdiri lama sewaktu operasi, berjalan selama operasi bila menjadi perawat sirkuler, menarik bagian tubuh saat operasi ortopedi. Pengaruh lain adalah dimensi kognitif seperti memproses informasi dengan cepat agar dapat mengambil keputusan dan memberi saran kepada ahli bedah, perawat harus mengetahui anatomi fisiologi tubuh, mengingat jumlah kasa, jarum, alat yang digunakan. Dimensi tekanan waktu dimana perawat kamar bedah dituntut untuk melakukan tindakan cepat dalam memenuhi kebutuhan jalannya operasi dan waktu operasi yang lama juga dapat menyebabkan kelehahan. Dimensi emosional adalah perawat harus menghadapi situasi emosional karena berhubungan dengan seperti adanya serangan verbal dari ahli bedah karena tekanan waktu yang dibutuhkan sewaktu operasi. Dimensi kuantitatif dan kualitatif dimana perawat kamar bedah harus menyelesaikan berbagai tugas dengan kesulitan tinggi yang berbeda pada masing–masing operasi. Dimensi varian kerja, dimana perawat kamar bedah harus beradaptasi secara cepat dengan perubahan shift kerja.

Semakin tinggi proporsi jumlah perawat dengan keterampilan campuran maka semakin menurun angka kejadian merugikan pasien. Perawat yang memiliki beban kerja yang lebih tinggi dilaporkan sering melakukan kesalahan medis dibandingkan dengan perawat yang memiliki beban kerja rendah. Tuntutan pekerjaan memiliki konsekuensi yang berkaitan dengan keselamatan pasien, keterbatasan waktu dalam menyediaan persiapan operasi dan perlengkapan obat-obatan, kegiatan rutin di kamar operasi, waktu yang panjang dalam operasi, menunggu pasien sebelum operasi dapat menimbulkan kebosanan, pasien yang memerlukan tindakan yang cepat dan tepat, semua dapat meningkatkan beban kerja (Berland, et all, 2007).

1. Lingkungan Kerja

Lingkungan kamar operasi memiliki suhu rendah dan memiliki kelembaban yang tinggi dengan ventilasi AC sentral, cahaya ruangan sangat terang, lingkungan kerja yang sangat bising dan ruangan yang sempit dan terlalu lebar. Perawat bekerja di ruangan beresiko terhadap kecelakaan kerja secara biologi, fisika, kimiawi dan radiasi (Hipkabi, 2012).

Kondisi lingkungan kerja juga dipengaruhi oleh kebisingan di kamar operasi. Peningkatan kebisingan dalam pembedahan dapat menyebabkan stres kerja (Hutasuhut, 2014). Tingkat kebisingan di kamar operasi telah dikaitkan dengan komunikasi yang tidak efektif, ketidakjelasan sinyal dan ucapan, kinerja atau tugas yang buruk, fungsi kognitif dan konsentrasi yang buruk, stres, kelelahan dan kecemasan (AORN, 2014).

Penyebab lingkungan tidak kondusif selain kebisingan yaitu asap dari elektrocauter. Dosis asap bedah secara akut dapat menyebabkan gejala toksisitas akut, yaitu meliputi sakit kepala, mual, lemah otot, dan iritasi pada mata serta saluran pernafasan. Asap atau gas tersebut juga dapat menimbulkan bau tak sedap yang sering membuat petugas tidak nyaman dan dapat menghambat pandangan operator pada area operasi (Hill, 2011).

1. Waktu Pembedahan

Waktu pembedahan dipengaruhi jenis pembedahan, jenis pembedahan yang dilakukan seperti operasi minor memerlukan waktu yang lebih singkat dibandingkan operasi mayor. Bedah minor adalah pembedahan yang sederhana dan risikonya sedikit, biasanya menggunakan anastesi lokal, dan bedah minor dapat dilakukan dengan anastesi umum, sedangkan bedah mayor adalah pembedahan yang mengandung risiko yang cukup tinggi dan memiliki area yang luas dilakukan pembedahan, biasanya mengunakan anastesi regional dan umum, waktu pembedahan mayor umumnya lebih panjang (Baradero et all, 2009).

Ditinjau dari kegawatdaruratannya pembedahan dapat dibagi menjadi pembedahan cito, urgen, dan elektif. Pembedahan cito adalah prosedur pembedahan yang dilakukan segera untuk menyelamatkan nyawa pasien, misalnya perdarahan hebat di abdomen, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tusuk atau tembak, dan lain-lain. Pembedahan urgen pembedahan yang dilakukan pada pasien yang mendapat perhatian segera, pembedahan dapat dilakukan 24-30 jam. Sedangkan pembedahan elektif adalah pembedahan yang telah direncanakan dan dipersiapkan dan indikasi pembedahan tidak terlalu berbahaya (Baradero et all, 2009).

Selain dari jenis pembedahan yang mempengaruhi lamanya pembedahan adalah prasarana dan perlengkapan selama operasi, sistem koordinasi dan komunikasi antara ahli bedah, asisten bedah, dan perawat scrub, dan desain kerja yang di lakukan di kamar bedah, jika terjadi gangguan maka batas waktu yang telah ditetapkan menjadi lebih panjang (Hakim, 2011), oleh karena itu dapat meningkatkan kelelahan fisik dan mental pada perawat kamar bedah.

1. Hubungan dengan Profesi Lain dan Teman Sejawat

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 yunior dan perawat kamar bedah. Dokter bedah yunior 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.

**2.1.6 Alat Ukur Stres**

Pengukuran tingkat stres kerja perawat, salah satunya dapat digunakan kuisioner yang terdapat dalam buku Nursalam (2017). Indikator dalam pengukuran stres kerja perawat ini dapat diketahui dari gejala-gejala stres yang dialami perawat. Gejala ini sesuai dengan tiga kategori umum: gejala biologis, psikologis, dan sosial/perilaku.

1. Biologis

Perhatian paling awal stres diarahkan pada efek biologis (fisiologis). Stres dapat menyebabkan perubahan metabolisme; meningkatkan tingkat pernapasan, jantung, dan tekanan darah; menyebabkan sakit kepala; nyeri atau ketegangan otot pada bagian tubuh tertentu; kehilangan nafsu makan; dan kelelahan.

Studi jangka panjang yang dilakukan di Inggris menemukan bahwa stres kerja dikaitkan dengan tingkat penyakit jantung koroner yang lebih tinggi. Banyak penelitian lain menunjukkan hasil yang sama yang menghubungkan stres kerja dengan berbagai indikator kesehatan yang buruk.

1. Psikologis

Ketidakpuasan kerja adalah efek psikologis yang paling sederhana dan paling jelas dari stres. Stres juga dapat terlihat dalam keadaan psikologis lainnya seperti kecemasan, menyalahkan diri sendiri, konsentrasi menurun, menghindar dari masalah, berpikir hal-hal kecil terlalu detail, kecewa, bosan, penurunan produktivitas, tidak puas terhadap hasil kerja, dan meninggalkan pekerjaan. Stres karena beban kerja yang tinggi dapat menyebabkan tekanan darah tinggi dan penurunan kesejahteraan emosional.

1. Sosial/ perilaku

Penelitian tentang perilaku dan stres telah dilakukan di beberapa negara dan seiring berjalannya waktu hubungan tersebut tampak relatif konsisten. Gejala stres terkait sosial/perilaku meliputi, ketegangan dalam berinteraksi dengan orang lain, ketegangan dalam berinteraksi dengan tim kesehatan lain, dan mudah tersinggung.

* 1. **Konsep Perawat Kamar Bedah (Perioperatif)**

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien yang mencakup tiga tahap pembedahan yaitu praoperatif, intraoperatif dan pascaoperatif. Setiap fase mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang kompleks yang dilakukan oleh perawat dengan standar praktek keperawatan (Brunner & Suddarth, 2002).

Menurut Muttaqin A (2009), perawat pada proses pembedaan terdiri dari perawat *scrub* dan perawat sirkulasi. Kedua peran perawat pada proses pembedahan sangat memengaruhi hasil pembedahan, karena meraka terlibat secara langsung pada suatu proses pembedahan.

* + 1. **Perawat Instrumen (*Scrub*)**

Perawat s*crub* atau yang di Indonesia dikenal sebagai perawat instrumen memiliki tanggung jawab terhadap manajemen instrumen operasi pada setiap jenis pembedahan. Peran dan tanggung jawab dari perawat instrumen adalah sebagai berikut.

1. Perawat instrumen menjaga kelengkapan alat instrumen steril yang sesuai dengan jenis operasi.
2. Perawat instrumen harus selalu mengawasi teknik aseptik dan memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai kebutuhan dan menerimanya kembali.
3. Perawat instrumen harus terbiasa dengan anatomi dasar dan teknik-teknik bedah yang sedang dikerjakan.
4. Perawat instrumen harus secara terus menerus mengawasi prosedur untuk mengantisipasi segala kejadian.
5. Melakukan manajemen sirkulasi dan suplai alat instrumen operasi. Mengatur alat-alat yang akan dan telah digunakan. Pada kondisi ini perawat instrumen harus benar-benar mengetahui dan mengenal setiap instrumen yang digunakan beserta nama ilmiah dan nama biasanya, dan mengetahui penggunaan instrumen pada prosedur spesifik.
6. Perawat instrumen hasus mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan.
7. Dalam memnangani instrumen, perawat instrumen harus mengawasi semua aturan keamanan yang terkait.
8. Perawat instrumen harus memelihara peralatan dan menghindari kesalahan pemakainya.
9. Perawat instrumen bertanggung jawab untuk mengomunikasikan kepada tim bedah mengenai setiap pelanggaran teknik aseptic atau kontaminasi yang terjadi selama pembedahan.
10. Menghitung kasa, jarum, dan instrumen. Penghitungan dilakukan sebelum pembedahan dan sebelum ahli bedah menutup luka operasi.
    * 1. **Perawat Sirkulasi (*on loop*)**

Perawat sirkulasi atau dikenal juga dengan sebutan perawat *on loop*, bertanggung jawab menjamin terpenuhinya perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen dan mengobservasi pasien tanpa menimbulkan kontaminasi terhadap area steril.

Perawat sirkulasi adalah petugas penghubung antara area steril dengan bagian ruang operasi lainya. Perawat sirkulasi sangat dibutuhkan dan sangat membantu, terutama dalam mengobservasi penyimpanan teknik aseptik selama pembedahan (Muttaqin A, 2009).

Secara umum peran perawat sirkulasi adalah sebagai berikut.

1. Menjemput pasien dari bagian penerimaan, mengidentifikasi pasien, dan memeriksa formulir persetujuan.
2. Mempersiapkan tempat operasi sesuai prosedur dan jenis *pembedahan* yang dilaksanakan.
3. Memeriksa kebersihan dan kerapian ruang operasi sebelum pembedahan.
4. Membantu memindahkan pasien ke meja operasi, mengatur posisi pasien, mengatur lampu operasi, dan memasang semua elektroda, monitor, atau alat lainya yang mungkin diperlukan.
5. Membuka bungkusan sehingga perawat instrumen dapat mengambil suplai steril.
6. Bersama dengan perawat instrumen menghitung jarum, kasa, dan kompres yang digunakan selama pembedahan.
7. Apabila tidak ada perawat anestesi, maka perawat sirkulasi membantu ahli anestesi dalam melakukan induksi.
8. Mengatur pengiriman spesimen biopsi ke laboratorium.
9. Menyediakan suplai alat instrumen dan alat tambahan.
10. Mengeluarkan semua benda yang sudah dipakai dari ruang operasi pada akhir prosedur, memastikan bahwa semua tumpahan dibersihkan, dan mempersiapkan ruang operasi untuk prosedur berikutnya.
    1. **Konsep Kepatuhan**

**2.3.1 Definisi**

Kepatuhan berasal dari kata patuh, menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia, patuh artinya suka dan taat kepada perintah atau aturan, dan berdisiplin, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin.

Kepatuhan merupakan suatu perilaku sesuai aturan dan berdisiplin (Slamet, 2007). Kepatuhan adalah tingkat seseorang melakukan suatu cara atau berperilaku seseorang dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya. Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang profesional terhadap suatu anjuran prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Setiadi, 2007).

**2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi**

Dalam Mubarak dkk (2006), perilaku manusia termasuk perilaku kepatuhan sangat dipengaruhi dan ditentukan oleh faktor-faktor: predisposisi *(prediposing factor),* faktor pendukung *(enabling factors),* dan faktor-faktor pendorong *(reinforcing factors).* Berikut merupakan penjelasan mengenai faktor-faktor tersebut

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang menjadi dasaruntuk seseorang berperilaku atau dapat pula sebagai faktor yang bersifat bawaan yang dapat mendukung ataupun menghambat seseorang untuk berperilaku tertentu. Faktor predisposisi kepatuhan adalah pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, umur, masa kerja:

1. Pengetahuan

Merupakan hasil penginderaan manusia terhadahap 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 (Notoatmodjo, 2010).

1. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon emosional seseorang terhadap stimulus atau objek diluarnya. Respon emosional ini lebih bersifat penilaian atau evaluasi pribadi terhadap stimuli atau objek diluarnya, penilaian ini dapat dilanjutkan dengan kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Menurut Azwar (2012) sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi), seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Oleh sebab itu sikap terhadap sesuatu tidak selalu berakhir dengan perilaku yang sesuai dengan sikap tersebut.

1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan berpengaruh terhadap pola pikir individu. Sedangkan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan rendah akan berbeda dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan tinggi. Pendidikan yang tinggi dari seorang dari seorang perawat akan memberi pelayanan yang optimal (Asmadi, 2010).

1. Usia

Kategori usia menurut Depkes RI (2009) yaitu remaja akhir (17-25 tahun), dewasa awal (26-35 tahun), dewasa akhir (36-45 tahun), lansia awal (46-55 tahun), lansia akhir (56-65 tahun), dan yang terakhir adalah manula (>65 tahun).

Usia adalah umur yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur (Notoatmodjo, 2010).

1. Masa Kerja

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, masa kerja adalah lama waktu untuk melakukan suatu kegiatan atau lama waktu seseorang bekerja. Lama bekerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja di suatu tempat (Handoko, 2007).

# Faktor Pendukung

Segala sesuatu yang menjadi penunjang untuk seseorang melakukan sesuatu, bisa berupa tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan. Pada penelitian ini, terdapat faktor pendukung yaitu tersedianya sumber daya serta Standar Operasional Prosedur (SOP). Berikut merupakan uraian mengenai sumber daya dan SOP:

1. Sumber Daya

Merupakan faktor yang diperlukan dalam terlaksananya suatu perilaku. Sumber daya sebaiknya berupa fasilitas ataupun sarana yang memadai dan dalam kondisi yang baik dalam jumlah ataupun kualitasnya. Ketidakbaikan kondisi pada sumber daya, akan memperlambat dan juga akan menimbulkan masalah dalam pelaksananya.

1. Standar Operasional Prosedur (SOP):

Standar menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia merupakan ukuran tertentu yang dipakai sebagai patokan. Adanya standar yaitu untuk mencapai sesuatu yang diinginkan sesuai nilai yang ideal. Sedangkan suatu rangkaian yang sudah dibakukan agar didapatkan hasil yang sama pada tindakan yang sama dan digunakan dalam acuan dalam pelaksanaan suatu tindakan, baik oleh siapa atau bagaimana pelaksanaannya adalah Standar Operasional Prosedur. Patokan yang digunakan dalam pelaksanaan sebelum dan setelah dilakukannya pembedahan.

**2.3.3 Kriteria Kepatuhan**

Depkes RI (2008) membagi kriteria kepatuhan menjadi tiga yaitu:

Patuh adalah suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah ataupun aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dan semuanya benar;

Kurang patuh adalah suatu tindakan yang melaksanakan perintah dan aturannya hanya sebagian dari yang ditetapkan, dan dengan sepenuhnya namun tidak sempurna;

Tidak patuh adalah suatu tindakan mengabaikan atau tidak melaksanakan perintah atau sama sekali. Untuk mendapatkan nilai kepatuhan yang lebih akurat atau terukur maka perlu ditentukan angka atau nilai dari tingkat kepatuhan tersebut, sehingga bisa dibuatkan rangking tingkat kepatuhan seseorang.

* 1. **Konsep Surgical Safety Checklis**

**2.4.1 Konsep Surgical Safety Checklist**

*Surgical safety checklist* merupakan bagian dari *safe surgery saves lives* yang berupa alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. Tahapan *surgical safety checklist* dibagi menjadi tiga bagian yaitu *sign in*, *time out*, dan *sign out* (WHO, 2009).

**2.4.2. Dasar Hukum Pelaksanaan Surgical Safety Checklist**

* 1. Rekomendasi WHO *(World Health Organization)* tentang *patient safety* dan *safe surgical saves lives*.
  2. Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang banyak menekankan pada keselamatan pasien.
  3. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit yang tertuang dalam Bab IV Pasal 8 ayat 1 dan 2 yang isinya adalah :

1. Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
2. Sasaran keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
3. Ketepatan identifikasi pasien
4. Peningkatan komunikasi yang efektif
5. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
6. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
7. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
8. Pengurangan resiko pasien jatuh

**2.4.3. Prinsip Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist***

Dalam pelaksanaan *checklist* selama tindakan operasi, menurut WHO (2009) terdapat beberapa prinsip sebagai berikut:

1. Salah seorang perawat harus menjadi seorang koordinator *checklist,* menurut WHO idealnya adalah perawat sirkuler, namun jika dilakukan oleh yang lain masih diperbolehkan.
2. Implementasi *surgical safety checklist* idealnya dilakukan secara verbal, tidak hanya sesuai observasi dan pengisian, karena dapat meningkatkan risiko terjadi kesalahan dalam pengisian.
3. *Surgical safety checklist* terbagi menjadi tiga periode yakni periode sebelum induksi anestesi (*sign in*), periode setelah induksi anestesi dan sebelum dilakukan insisi (*time out*), dan periode selama penutupan luka atau sebelum pasien dipindahkan dari ruang operasi (*sign out*).
4. Dilakukan pada setiap tindakan operasi, baik elektif maupun *cito*.
5. Dikatakan tim bedah telah patuh jika poin-poin dalam *checklist* terlaksana semua.

**2.4.4. Unsur *Surgical Safety Checklist***

Menurut WHO dalam *Manual Implementation of Surgical Safety Checklist* (2009) menyebutkan bahwa unsur dari *surgical safety checklist* adalah sebagai berikut:

* 1. *Sign In*

*Sign in* adalah prosedur yang dilakukan sebelum induksi anastesi prosedur *sign in* idealnya dilakukan oleh tiga komponen, yaitu pasien (bila kondisi sadar/memungkinkan), perawat, dan dokter anastesi (WHO, 2009).

Pada fase *sign in* dilakukan konfirmasi berupa identitas pasien, sisi operasi yang sudah tepat dan telah ditandai, apakah mesin anastesi sudah berfungsi, apakah *pulse oksimeter* pada pasien berfungsi, serta faktor resiko pasien seperti apakah ada reaksi alergi, resiko kesulitan jalan nafas, dan adanya resiko kehilangan darah lebih dari 500ml (WHO, 2009).

Langkah-langkah *surgical safety checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *sign in* adalah :

1. Apakah identitas pasien telah dikonfirmasi?

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

1. Apakah sisi pembedahan telah dikonfirmasi?

Koordinator *checklist* harus mengkonfirmasi kalau ahli bedah telah melakukan penandaan terhadap sisi operasi bedah pada pasien (biasanya menggunakan marker permanen) untuk pasien dengan kasus lateralitas (perbedaan kanan atau kiri) atau beberapa struktur dan tingkat (misalnya jari tertentu, jari kaki, lesi kulit, vertebrata) atau tunggal (misalnya limpa). Penandaan yang permanen dilakukan dalam semua kasus, bagaimanapun, dan dapat memberikan ceklist cadangan agar dapat mengkonfirmasi tempat yang benar dan sesuai prosedur.

1. Apakah mesin dan obat-obatan anastesi telah disiapkan?

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

1. Apakah *pulse oksimetri* pada pasien dapat berfungsi?

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

1. Apakah pasien memiliki alergi?

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

1. Apakah pasien memiliki resiko aspirasi?

Ahli anastesi akan menulis apabila pasien memiliki kesulitan jalan nafas pada status pasien, sehingga pada tahapan *sign in* ini tim bedah dapat mengetahuinya dan mengantisipasi pemakaian jenis anastesi yang digunakan. Resiko terjadinya aspirasi dievaluasi sebagai bagian dari penilaian jaln nafas sehingga apabila pasien memiliki gejala refluks aktif atau perut penuh, ahli anastesi harus mempersiapkan kemungkianan terjadi aspirasi. Resiko aspirasi dapat dikurangi dengan cara memodifikasi rencana anastesi, misalanya menggunakan teknik induksi cepat dan dengan bantuan asisten memberikan tekanan krikoid selama induksi untuk mengantisipasi aspirasi pasien yang telah dipuasakan enam jam sebelum operasi

1. Apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml (700ml/kg pada anak-anak)?

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

* 1. *Time Out*

*Time out* adalah prosedur keselamatan pembedahan pasien yang dilakukan sebelum dilakukan insisi kulit, *Time out* dikoordinasi oleh salah satu dari anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *time out* setiap petugas kamar operasi memeperkenalkan diri dan tugasnya, ini bertujuan agar diantara petugas operasi dapat saling mengetahui dan mengenal peran masing-masing. Sebelum melakukan insisi petugas kamar operasi dengan suara keras akan mengkonfirmasi mereka melakukan operasi dengan benar, pasien yang benar, serta mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan minimal 60 menit sebelumnya (WHO, 2009).

Langkah-langkah *surgical safety checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *time out* adalah :

Sebelum melakukan insisi atau sayatan pada kulit, jeda sesaat harus diambil oleh tim untuk mengkonfirmasi bahwa beberapa keselamatan penting pemeriksaan harus dilakukan

1. Konfirmasi nama dan peran anggota tim

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

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

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

1. Apakah antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit terakhir?

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

1. Antisipasi peristiwa kritis

Untuk memastikan komunikasi pada pasien dengan keadaan kritis, koordinaor *checklist* akan memimpin diskusi secara cepat antara ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat terkait bahaya kritis dan rencana selama pembedahan. Hal ini dapat dilakukan dengan meminta setiap pertanyaan langsung dijawab, urutan diskusi tidak penting, tetapi masing-masing disiplin klinis saling berkomunikasi, isi diskusi meliputi:

1. Untuk dokter bedah : Apa langkah kritis, berapa lama kasus ini dilakukan, dan bagaimana antisipasi kehilangan darah?

Diskusi langkah-langkah kritis ini dimaksutkan untuk meminimalkan resiko pembedahan. Semua anggota tim mendapat informasi tentang resiko kehilangan darah, cidera, morbiditas. Kesempatan ini juga dilakukan untuk meninjau langkah-langkah yang mungkin memerlukan peralatan khusus, implan, atau persiapan yang lainnya.

1. Untuk dokter anastesi : Apakah ada kekhawatiran tertentu pada pasien?

Pada pasien dengan resiko untuk kehilangan darah besar, ketidakstabilan hemodinamik, atau morbiditas (seperti penyakit jantung, paru, aritmia, kelainan darah, dll), anggota tim anastesi harus meninjau ulang rencana spesifik dan kekhawatiran untuk resusitasi khususnya. Dalam diskusi ini dokter anastesi cukup mengatakan, “saya tidak punya perhatian khusus mengenai hal ini”

1. Untuk perawat : Apakah sterilitas (termasuk hasil indikator) telah dikonfirmasi? Apakah ada masalah peralatan atau masalah apapun?

Perawat menanyakan kepada ahli bedah apakah alat-alat yang diperlukan sudah diperlukan sehingga perawat dapat memastikan instrumen di kamar operasi telah steril dan lengkap

1. Apakah pemeriksaan penunjang berupa foto perlu ditampilkan di kamar operasi?

Ahli bedah memberi keputusan apakah foto penunjang diperlukan dalam pelaksanaan operasi atau tidak.

* 1. *Sign Out*

*Sign out* adalah prosedur keselamatan pembedahan yang dilakukan oleh petugas kamar operasi sebelum penutupan luka, dikoordinasi oleh salah satu anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *sign out* akan dilakukan *review* tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, dilakukan juga pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah yang perlu ditangani, selanjutnya langkah akhir adalah memusatkan perhatian pada manajemen post-operasi serta pemulihan pasien sebelum dipindah dari kamar operasi (WHO, 2009).

Pemeriksaan keamanan ini harus diselesaikan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi, tujuannya adalah untuk memfasilitasi transfer informasi penting kepada tim perawatan yang bertanggung jawab untuk pasien setelah pembedahan (WHO, 2009).

Langkah-langkah *surgical safety checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan sign out adalah :

1. *Review* pembedahan

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

1. Penghitungan instrumen, spons, dan jumlah jarum

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

1. Pelabelan spesimen

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

1. Apakah ada masalah dengan peralatan?

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

1. Ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat meninjau rencana pemulihan dan pengelolaan pasien

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

Dengan langkah terakhir ini, *checklist* WHO selesai, jika diinginkan *checklist* dapat ditempatkan dalam catatan pasien atau perlu dipertahankan untuk kualitas ulasan jaminan.

**2.5 Hubungan Stres Keja Perawat dengan Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Surgical Safety Checklist**

Stres tidak selalu negatif pengaruhnya bagi kehidupan. Stres memiliki dua wajah yaitu satu positif dan satu negatif. Tingkat stres sedang dengan mendorong upaya kerja meningkat, merangsang kreativitas, dan mendorong ketekunan yang lebih besar. Namun, stres yang merusak, tidak berfungsi baik bagi individu maupun organisasi. Terlalu banyak tekanan dapat membebani sistem fisik dan mental seseorang sehingga mengakibatkan ketidakhadiran, omset, kesalahan, kecelakaan, ketidakpuasan, penurunan kinerja, perilaku tidak etis dan bahkan penyakit (Schermerhorn, 2012).

Stres dapat mempengaruhi kinerja perawat kamar bedah, salah satunya dalam hal *surgical safety checklist*. Seperti yang terdapat pada hasil penelitian oleh Juliana dkk (2013) mengenai tentang kepatuhan penerapan SSC di RS Katolik St. Vincentius A Paulo (RKZ) Surabaya, bahwa kepatuhan pada April 2013 masih rendah (55,9%). Penilaian responden menunjukkan budaya keselamatan pasien di kamar bedah sudah baik kecuali dimensi manajemen dan pengenalan stres.

**2.6 Kerangka Konsep**

Faktor Stres Kerja Perawat Sirkuler di Kamar Bedah:

* Beban kerja yang berlebihan
* Lingkungan kerja yang beresiko
* Waktu pembedahan
* Hubungan dengan profesi lain dan teman sejawat

Stres Kerja Perawat Kamar Bedah:

1. Fisiologis
2. Psikologis
3. Perilaku

Kesehatan Fisik

Kinerja

1. Kesehatan Fisiologis
2. Kesehatan Psikologis

Kepatuhan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC):

1. *Sign in*
2. *Time Out*
3. *Sign Out*

Dipengaruhi oleh:

Pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, usia, masa kerja

1. Patuh: jika responden melakukan 18 item dari SSC (100%).
2. Tidak patuh: jika tidak melakukan 1 item/lebih dari checklist SSC (<100%).

Keterangan:

Diteliti

Tidak diteliti

Berpengaruh

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

* 1. **Hipotesis Penelitian**

Hipotesis penelitian ini yaitu terdapat hubungan antara stres kerja perawat dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *surgical safety checklist (SSC)* di kamar bedah RSUD Mardi Waluyo Blitar.