

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep *Patient Safety*

2.1.1 Definisi *Patient Safety*

Konsep keselamatan pasien atau *patient safety* secara mendasar diartikan sebagai “*freedom from accidental from injuri*” oleh Institut of Madicine. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera/harm yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan error yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan (Whardhani, 2017).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Pasal 1 menyebutkan bahwa Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil

2.1.2 Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Pengelompokan insiden keselamatan pasien berdasarkan Permenkes RI No.

11 tahun 2017 dikelompokkan menjadi :

1. Kejadian Tidak Diharapkan (*Adverse Event*), selanjutnya disingkat KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien (umumnya cedera tidak serius), karena suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*), dan bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien. Faktor keberuntungan dapat terjadi. Contoh : pasien terima suatu obat yang diketahui ada kontra indikasi kemudian timbul reaksi ringan dari obat yang tidak diharapkan; Tindakan katerisasi yang menimbulkan infeksi saluran kemih (infeksi nosokomial).
2. Kejadian Nyaris Cedera (*Near Mis*) , selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. *Near Miss* atau Nyaris Cedera (NC) merupakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena faktor keberuntungan (misalnya: pasien terima suatu obat yang diketahui konraindikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan overdosis *lethal* akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), dan peringatan (suatu obat dengan overdosis *lithal* diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).

3. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
4. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi (*potential risk*) untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
5. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

2.1.3 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan pasien merupakan suatu desain sistem untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi dalam rangka mencegah insiden atau cedera pada pasien. Menurut Permenkes RI No. 11 tahun 2017 terdapat enam sasaran keselamatan pasien, antara lain :

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya *error*/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien adalah pasien dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, mengalami disabilitas sensori, tidak sadar sepenuhnya atau akibat situasi lain yang memungkinkan bertukar tempat tidur, kamar, dan lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Mengidentifikasi pasien merupakan cara yang dapat dipercaya/*reliable* mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Identifikasi pasien sesuai kebijakan atau prosedur memerlukan dua cara yaitu dengan cara mengkonfirmasi nama pasien dan nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien)

dengan *bar-code*. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah, sebelum mengambil darah dan specimen, serta sebelum pasien mendapatkan pengobatan atau tindakan (Permenkes, 2017).

2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera/cito (Permenkes, 2017).

Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon yaitu dengan cara menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. Konfirmasi untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

3. Peningkatan Keamanan Obat yang perlu Diwaspadai (*High-Alert*).

Obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/*error* dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look-Alike Sound-Alike/ LASA*). Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja.

Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Kebijakan atau prosedur dalam peningkatan keamanan obat ini juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati (Permenkes, 2017).

4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi.

Salah lokasi, salah prosedur, dan salah pasien operasi, adalah kejadian

yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Fasilitas pelayanan kesehatan perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/*disorder* pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik (Permenkes, 2017).

Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di fasilitas pelayanan kesehatan dimana prosedur ini dijalankan. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, harus

dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan, harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, serta harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang) (WHO, 2009).

5. Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO yaitu *hand hygiene* 6 langkah (Permenkes, 2017).

6. Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes, 2017).

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Definisi Kepatuhan

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

Kepatuhan merupakan suatu perilaku sesuai aturan dan berdisiplin (Slamet, 2007). Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang profesional terhadap suatu anjuran prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Setiadi, 2013).

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Lawrence Green (1980) dalam (Mubarak, 2006) berpendapat bahwa 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 dasar untuk 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:

a. Pengetahuan

Merupakan hasil penginderaan manusia terhadap objek diluarnya melalui indera-indera yang dimiliki. Pada waktu penginderaan terjadi proses perhatian, persepsi, penghayatan, dan sebagainya terhadap stimulus atau objek diluar subjek (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan proses penginderaan inilah pengetahuan seseorang akan bertambah, sehingga proses kepatuhan seseorang dapat ditingkatkan melalui pengetahuan yang dimiliki.

b. Sikap

Menurut Secord dan Backman dalam Saifuddin Azwar (2012) berpendapat bahwa sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi), seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya, sehingga sikap seseorang akan mempengaruhi kepatuhan terhadap suatu hal.

c. 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 perawat akan memberi pelayanan yang optimal (Asmadi, 2010). Sebagian besar, tingkat pendidikan yang tinggi akan

menambah wawasan seseorang dan berdampak pada tingkat kepatuhan yang dimilikinya.

d. Umur

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Semakin matang usia seseorang tingkat kepatuhan seseorang akan suatu hal akan cenderung konsisten. (Notoatmodjo, 2010)

e. Masa Kerja

Lama bekerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja di suatu tempat (Handoko, 2007). Semakin banyak pengalaman yang didapat biasanya akan menganggap mudah suatu hal dan akan berdampak pada kepatuhan seseorang.

2. 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:

a. 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 pelaksanaannya. Sumber daya yang berkualitas akan meningkatkan kepatuhan yang dimiliki.

b. Standar Operasional Prosedur (SOP)

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. SOP dapat menjadi acuan untuk seseorang agar tetap dalam kepatuhan yang sudah ditetapkan.

2.2.3 Kriteria Kepatuhan

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

1. Patuh adalah suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah ataupun aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dan semuanya benar.
2. Kurang patuh adalah suatu tindakan yang melaksanakan perintah dan aturannya hanya sebagian dari yang ditetapkan, dan dengan sepenuhnya namun tidak sempurna;
3. 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.

2.3 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).

Surgical Safety Checklist (SSC) adalah form yang dibuat dan dikembangkan oleh WHO untuk meningkatkan keselamatan pasien bedah, mengurangi angka insiden keselamatan pasien dan kematian pasien pasca pembedahan (Sara & Wicker, 2016).

2.3.1 Dasar Hukum Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*

1. Rekomendasi WHO (*World Health Organization*) tentang *patient safety* dan *safe surgical saves lives* tahun 2009.
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:
 - a. Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
 - b. Sasaran keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
 - 1) Ketepatan identifikasi pasien
 - 2) Peningkatan komunikasi yang efektif
 - 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

- 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
- 5) Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 6) Pengurangan resiko pasien jatuh

4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 tahun 2017.

2.3.2 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 *emergency*.
5. Dikatakan tim bedah telah patuh jika poin-poin dalam *checklist* dilaksanakan dengan benar dan *checklist* telah diisi.

2.3.3 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 anestesi yang dilakukan oleh pasien (bila kondisi sadar/memungkinkan), perawat, dan dokter anestesi (WHO, 2009).

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

- a. Konfirmasi identitas, gelang pasien, prosedur operasi dan *informed consent*.

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.

- b. Konfirmasi lokasi operasi.

Koordinator *checklist* harus mengkonfirmasi 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 *checklist* cadangan agar dapat mengkonfirmasi tempat yang benar dan sesuai prosedur.

- c. Memastikan 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.

- d. Memastikan *pulse oksimetri* pada pasien 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 maka ahli bedah anastesi harus mempertimbangkan menunda operasi sampai alat-alat sudah siap sepenuhnya.

- e. Konfirmasi riwayat alergi pada pasien.

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.

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

- g. Memastikan tidak ada resiko kehilangan darah lebih dari 500cc.

Dalam langkah keselamatan, koordinator *checklist* meminta tim anastesi memastikan ada atau tidaknya 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.

2. Time Out

Time out adalah prosedur keselamatan pembedahan pasien yang dilakukan sebelum dilakukan insisi kulit, *Time out* dikoordinasi oleh salah satu

dari anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *time out* setiap petugas kamar operasi memperkenalkan diri dan tugasnya, ini bertujuan agar diantara petugas operasi dapat saling mengetahui dan mengenal peran masing-masing. Sebelum melakukan insisi petugas kamar operasi dengan suara keras akan mengkonfirmasi mereka melakukan operasi dengan benar, pasien yang benar, serta mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan minimal 60 menit sebelumnya (WHO, 2009).

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

a. Konfirmasi nama dan peran anggota tim.

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

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

Koordinator *checklist* akan meminta semua orang berhenti dan melakukan konfirmasi identitas pasien, sisi yang akan dilakukan pembedahan, dan prosedur pembedahan agar tidak terjadi kesalahan selama proses pembedahan berlangsung. Sebagai contoh, perawat secara lisan mengatakan “sebelum kita melakukan sayatan pada kulit (*time out*) apakah semua orang setuju 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

- c. Memastikan 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.

- d. 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) Dokter bedah memberikan informasi mengenai langkah kritis, lama pembedahan dan antisipasi jika terjadi perdarahan. Diskusi langkah-langkah kritis ini dimaksudkan untuk meminimalkan resiko pembedahan. Semua anggota tim mendapat informasi tentang resiko kehilangan darah, cedera, morbiditas. Kesempatan ini juga dilakukan untuk meninjau langkah-langkah yang mungkin memerlukan peralatan khusus, implan, atau persiapan yang lainnya.

- 2) Dokter anastesi memberikan informasi 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”
- 3) Perawat mengkonfirmasi jumlah dan kesterilan alat.

3. *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 :

a. *Review* pembedahan

Koordinator *checklist* harus mengkonfirmasi dengan ahli bedah dan tim mengenai proses pembedahan yang telah dilakukan.

b. 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).

c. Pelabelan specimen.

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.

d. Memastikan tidak ada masalah dengan instrument.

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

e. 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.

2.4 Konsep Stres

2.4.1 Definisi Stres dan Stres Kerja

Stres adalah suatu kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berpikir dan, kondisi fisik seseorang. Stres perlu dikelola sehingga dapat mengatasi ancaman mental, fisik, emosional, dan spiritual. Stres yang tidak diatasi dengan baik berakibat pada ketidakmampuan seseorang berinteraksi secara positif dengan lingkungannya, baik dalam arti lingkungan pekerjaan maupun diluarnya. Stres ditempat kerja sering terjadi akibat perasaan yang terlalu terbebani oleh tanggung jawab (National Safety Council, 2004). 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).

2.4.2 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 stressor mungkin relatif tidak penting dalam dirinya sendiri, namun bila ditambah stressor-stressor lain maka dapat mengakibatkan tingkat stres menjadi lebih tinggi.

2.4.3 *The General Adaptation Syndrome (GAS)*

General adaptation syndrom (GAS) merupakan reaksi fisiologis dan psikobiologis yang ditimbulkan akibat stress (Nugraheni et al., 2018). Contoh respon terhadap stress adalah hilangnya nafsu makan, melemahnya otot, menurunnya minat, perasaan cemas dan sebagainya. *General adaptation syndrom* memiliki tiga model tahap menurut Hans De Selye pada tahun 1920 yaitu *State of Alarm* (tahap peringatan), *State of Resistance* (tahap pertahanan), dan *State of Exhaustion* (tahap kelelahan).

Pada tahap alarm ini adalah tahap awal dimana tubuh langsung bereaksi terhadap penyebab stress (stressor). Setelah bertemu stressor, tubuh bereaksi dengan respons “*figh-or-flight response*” (melawan atau lari) dengan mengaktifkan system saraf simpatik. jika ada ancaman atau bahaya, tubuh akan mengeluarkan

hormone seperti hormone kortisol dan adrenalin untuk mengatasi rasa cemas atau takut. Pada tahap ini pertahanan tubuh dilibatkan untuk menghadapi stressor, dengan hal ini kemampuan imun dapat menurun. Jika stressor pergi, tubuh akan kembali normal (Nugraheni et al., 2018).

Tahap pertahanan tubuh memfokuskan kekuatan menghadapi stressor namun system saraf parasimpatis kembali ke tingkat normal. reaksi tubuh naik melebihi normal, seperti kadar gula darah, kortisol dan adrenalin tetap tinggi, namun penampilan luar organisme tampak normal. Reaksi ini untuk melawan penyebab ketegangan sehingga diharapkan akan ada penyesuaian. pada tahap ini dapat muncul gejala psikis dan psikosomatis jika berjalan terus menerus (Nugraheni et al., 2018).

Pada tahap kelelahan ini stress berlangsung cukup lama. Tubuh tidak mampu menyingkirkan stressor, akibat tubuh terus menerus membuat pertahanan ataupun perlawanan. Perlawanan yang dilakukan terus menerus menyebabkan kelelahan pada tubuh. Ketahanan tubuh (imun) berkurang bahkan dapat hilang sama sekali. Pada tahap ini dapat muncul berbagai macam penyakit, seperti diare, gatal-gatal, mual, tekanan darah tinggi hingga penyakit jantung (Nugraheni et al., 2018).

2.4.4 Indikator Stres

Potter & Perry (2009) menyatakan bahwa indikator fisiologis dari stress adalah objektif, lebih mudah diidentifikasi dan secara umum dapat diamati atau dapat diukur.

Tabel 2.1 Indikator Fisiologis Stres Menurut Potter & Perry (2009)

No	Indikator Fisiologis Stres
1	Kenaikan tekanan darah
2	Peningkatan ketegangan otot dileher, bahu, punggung
3	Peningkatan denyut nadi dan frekuensi pernafasan

4	Telapak tangan berkeringat
5	Tangan dan kaki dingin
6	Postur tubuh yang tidak tegap
7	Keletihan
8	Sakit kepala
9	Gangguan lambung
10	Suara yang bernada tinggi
11	Mual, muntah dan diare
12	Perubahan nafsu makan
13	Perubahan berat badan
14	Perubahan frekuensi berkemih
15	Temuan hasil pemeriksaan laboratorium abnormal : peningkatan kadar hormone adrenokortikotropik, kortisol, dan ketokolamin dan hiperglikemia
16	Gelisah : kesulitan untuk tertidur atau sering terbangun saat tidur
17	Dilatasi pupil

Sedangkan untuk indikator emosional dan perilaku stress adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Indikator Emosional dan Perilaku Stres Menurut Potter & Perry (2009)

No	Indikator Emosional dan perilaku Stres
1	Ansietas
2	Depresi
3	Kepenatan
4	Peningkatan penggunaan bahan kimia
5	Perubahan dalam kebiasaan makan, tidur dan pola aktivitas
6	Kelelahan mental
7	Perasaan tidak adekuat
8	Kehilangan harga diri
9	Peningkatan kepekaan
10	Kehilangan motivasi
11	Ledakan emosional dan menangis
12	Penurunan produktivitas dan kualitas kinerja pekerjaan
13	Kecenderungan untuk membuat kesalahan (misal buruknya penilaian)
14	Mudah lupa dan pikiran buntu
15	Kehilangan perhatian terhadap hal-hal yang rinci
16	Preokupasi (misal mimpi siang hari atau “menjaga jarak”)
17	Ketidakmampuan berkonsentrasi dalam tugas
18	Peningkatan ketidak hasiran dan penyakit
19	Letargi

20	Kehilangan minat
21	Rentan terhadap kecelakaan

2.4.5 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.

2. 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.

3. 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.

2.4.6 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 menunjukkan 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 kelelahan. 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 menyediakan 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).

2. 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).

3. 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 menggunakan anastesi regional dan umum, waktu pembedahan mayor umumnya lebih panjang (Baradero et al, 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 al, 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, 2010), oleh karena itu dapat meningkatkan kelelahan fisik dan mental pada perawat kamar bedah.

4. 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 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*.

2.4.7 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.

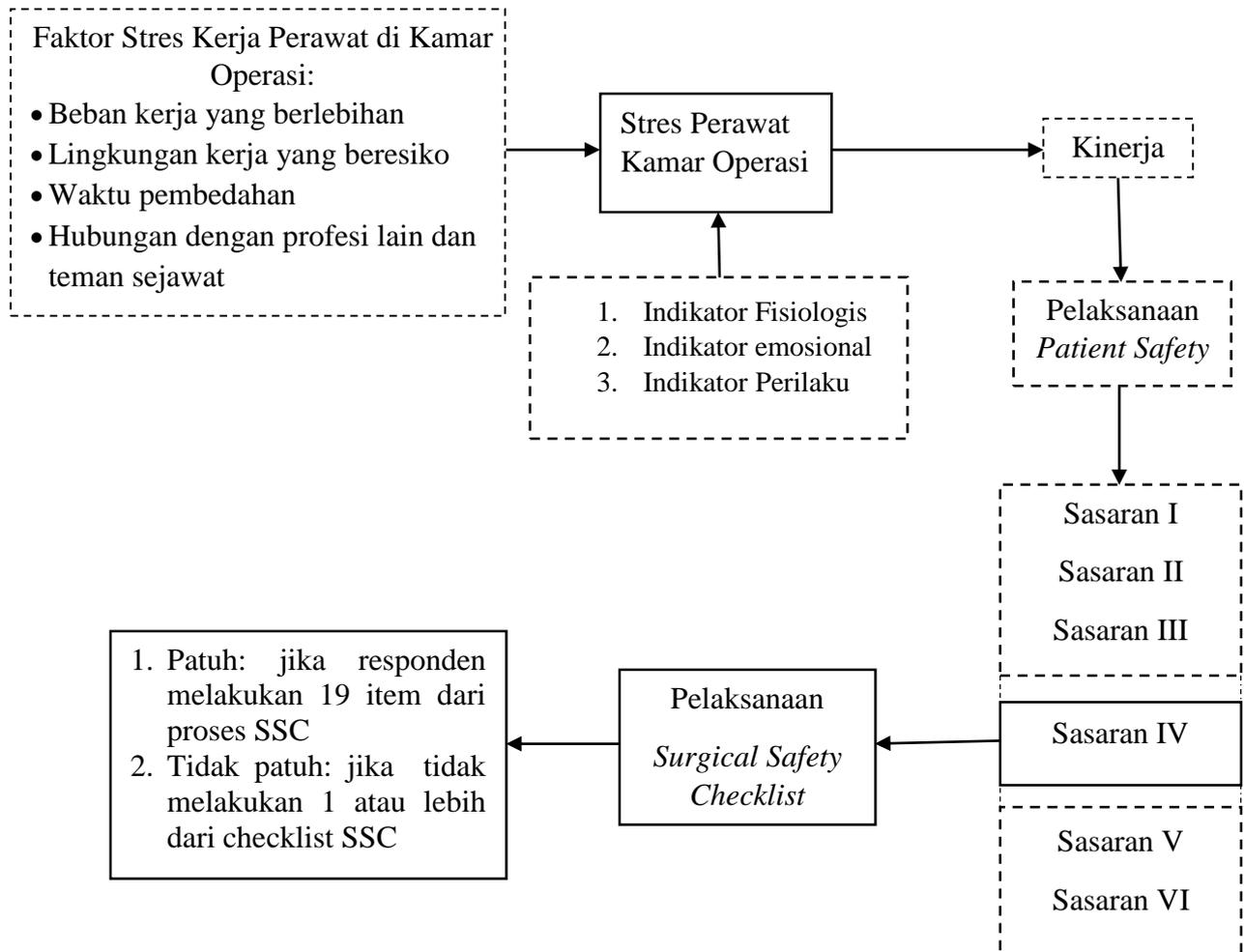
2. Psikologis

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.

3. 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.

2.5 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:

- Menjadi obyek penelitian
- Tidak menjadi obyek penelitian

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Tingkat Stres Kerja Perawat dengan Pelaksanaan Surgical Safety Checklist di Kamar Operasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

2.6 Hipotesis

H1 : ada hubungan tingkat stress terhadap pelaksanaan *Surgical Safety Chcklist* di kamar operasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi.