

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 SURGICAL SAFETY CHECKLIST

2.1.1 *Pengertian Surgical Safety Checklist*

Surgical safety checklist adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. *Surgical safety checklist* yang dibuat oleh WHO tersebut merupakan penjabaran dari enam sasaran keselamatan pasien diterjemahkan dalam bentuk formulir, yang diisi melakukan *checklist*. *Checklist* tersebut sudah baku dari WHO yang merupakan alat komunikasi praktis dan sederhana untuk memastikan keselamatan pasien pada tahap *pre operative*, dan *pasca operative* dilakukan tepat waktu dan memberikan kemudahan bagi tim bedah. *Surgical safety checklist* di kamar bedah dilakukan melalui tiga tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktu yang tersendiri yaitu, (*sign in*) sebelum pasien diantar ke kamar operasi, (*time out*) sebelum insisi kulit pasien, (*sign out*) sebelum pasien dikeluarkan dari kamar operasi. (WHO, 2009).

Menurut Permenkes RI (2017) Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan 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 Tujuan Surgical Safety Checklist

Tujuan dari *surgical safety checklist* adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas dan meningkatkan komunikasi dan kerja tim pada tindakan pembedahan operasi sehingga menjadikan pelayanan bedah yang aman dan berkualitas dan menjamin patient safety pada tindakan pembedahan oleh tim bedah dan anestesi di ruang operasi (Wangoo et al., 2016)

Manfaat dari *surgical safety checklist* dalam membantu komunikasi tim bedah antara lain:

- a. *Surgical safety checklist* disusun untuk membantu tim bedah untuk mengurangi angka KTD.

Banyaknya KTD yang terjadi akibat pembedahan mengakibatkan WHO membuat program *surgical safety checklist* untuk mengurangi KTD. Dalam praktiknya *surgical safety checklist* bermanfaat untuk mengurangi angka kematian dan komplikasi, penelitian menunjukkan angka kematian dan komplikasi berkurang setelah digunakan *surgical safety checklist*. Penelitian Haynes menunjukkan angka kematian berkurang 47% dan angka komplikasi berkurang 36% (Weiser & Haynes, 2018).

- b. Menurunkan *surgical site infection* dan mengurangi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml.

Surgical site infection dan mengurangi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml. Penelitian Weiser menunjukkan angka ILO mengalami penurunan setelah dilakukan penelitian dengan menggunakan *surgical safety checklist*. Angka ILO turun dari 11,2% menjadi 6,6% dan risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml turun dari 20,2% menjadi 13,2% (Thomas G. Weiser et al., 2008).

- c. Menurunkan proporsi pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit.

Pada penelitiannya tentang '*a surgical Patient safety system*' menghasilkan penerapan *surgical safety checklist* pre operasi menghasilkan waktu yang lebih lama dari 23,9-29,9 menjadi 32,9 menit, akan tetapi jumlah pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit menurun sebesar 6% (Vries et al., 2009).

- d. Penggunaan checklist kertas merupakan salah satu solusi karena checklist kertas dapat disediakan dengan cepat dan membutuhkan biaya sedikit, selain itu *checklist* kertas juga dapat disesuaikan ukuran dan bentuknya sesuai dengan kebutuhan serta tidak memerlukan penguasaan teknologi yang tinggi untuk mengisinya (Verda Asdonk, et al. 2009).

2.1.3 Pelaksanaan Surgical Safety Checklist

Surgical safety checklist dibagi tiga tahap yaitu sebelum induksi anestesi (Sign In), periode setelah induksi dan sebelum bedah sayatan (*Time*

Out), serta periode selama atau segera setelah penutupan luka dan sebelum mengeluarkan pasien dari operasi kamar (*Sign Out*). Pada setiap fase, koordinator *checklist* harus diizinkan untuk mengkonfirmasi bahwa tim telah menyelesaikan tugasnya sebelum melakukan kegiatan lebih lanjut (WHO, 2009).

Proses penerapan *surgical safety checklist* WHO 2009 dibagi tiga tahap yaitu:

a. *Sign in (Briefing Phase)*

Sign In merupakan fase dimana verifikasi pertama kali saat pasien tiba di ruang penerimaan atau ruang persiapan atau fase sebelum induksi anestesi, koordinator yang biasanya dilakukan oleh penata anestesi dimana bertanya dan memeriksa apakah identitas pasien benar, prosedur dan bagian yang akan dioperasi sudah benar, dan telah diberi tanda, persetujuan operasi dan pembiusan telah ditandatangani oleh pasien, pulse oksimetri dapat berfungsi. Perawat serta dokter anestesi konfirmasi ulang kemungkinan adanya risiko apakah pasien ada resiko kehilangan darah dalam jumlah banyak, ada kemungkinan kesulitan bernafas, dan pasien ada reaksi alergi (WHO, 2009).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *surgical safety checklist (Sign in)* adalah sebagai berikut:

1. Konfirmasi identitas pasien

Perawat diruang serah terima instalasi bedah sentral mengkonfirmasi kepada pasien mengenai identitas, bagian dan sisi yang akan dioperasi, prosedur dan persetujuan tindakan, setelah

lengkap selanjutnya pasien akan memasuki ruangan operasi (WHO, 2009).

2. Sisi yang akan dioperasi sudah ditandai.

Menurut Clarke, et al. 2007. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesalahan operasi salah sisi terletak pada tahap *sign in*, untuk itu tahapan ini harus konsisten dijelaskan.

3. Obat dan mesin anestesi telah diperiksa secara lengkap

Dokter anestesi sebelum melakukan induksi anestesi memeriksa peralatan anestesi, oksigen, dan inhalasi serta memeriksa ketersediaan obat dan resiko anestesi terhadap setiap kasus (WHO, 2009).

4. *Pulse* Oksimetri pada pasien berfungsi.

Dokter anestesi memasang peralatan oksimetri pada pasien dan berfungsi dengan benar sebelum induksi anestesi dan indikatornya dapat dilihat pada layar monitoring oleh seluruh team operasi. *Pulse oksimetri* merupakan alat non invasif yang berguna untuk memberikan perkiraan kejenuhan oksihemoglobin arteri (SpO₂) dengan memanfaatkan panjang gelombang cahaya untuk menentukan saturasi oksihemoglobin (SpO₂) tapi tidak dapat menentukan metabolisme atau jumlah oksigen yang digunakan pasien. Batas normal adalah 95-100% meskipun nilai turun sampai 90% masih dianggap nilai normal pada orang sehat (WHO, 2009).

5. Apakah pasien memiliki Alergi?

Sejak awal pasien masuk kebangsal, harus ditanyakan ada riwayat alergi apa dan melakukan tes alergi, jika ditemukan riwayat

alergi akan diantisipasi dan ditulis pada status pasien. Untuk dokter anestesi akan melakukan visit ke bangsal untuk melakukan anestesi dan pemeriksaan fisik diagnostik. Dari hasil tersebut, dokter anestesi akan mengetahui adanya riwayat alergi terhadap pasien, sehingga dapat mengantisipasi untuk mencegah komplikasi obat-obatan anestesi (WHO, 2009).

6. Apakah pasien memiliki kesulitan bernafas atau mempunyai resiko aspirasi?

Kesulitan bernafas pada pasien diketahui sebelum dilakukan operasi dengan melakukan kunjungan kepada pasien oleh dokter bedah maupun dokter anestesi. Dari hasil tersebut, dokter anestesi akan mengetahui adanya kesulitan pernafasan terhadap pasien. Jika ada kesulitan jalan nafas, dokter anestesi akan menulis di status sehingga pada tahapan sign in tim operasi dapat mengetahuinya sehingga dapat mengantisipasi pemakaian jenis anestesi yang digunakan. Resiko aspirasi juga harus dievaluasi sebagai bagian dari penelitian jalan nafas, untuk mengantisipasi resiko aspirasi pasien disuruh puasa 6 jam sebelum operasi. Beberapa keadaan paru yang dapat menyebabkan kesulitan bernafas seperti emfisema, bronkitis kronik, pneumonia dan edema paru (WHO, 2009).

7. Apakah pasien memiliki resiko kekurangan darah lebih dari 500 ml?

Pasien yang mempunyai resiko perdarahan lebih dari 500 ml dipersiapkan dari sehari sebelum dilakukan operasi. Dokter anestesi akan mempersiapkan langkah langkah di ruang operasi dengan

memakai infus dua jalur dan memastikan ketersediaan darah dan cairan untuk resusitasi. Volume kehilangan darah yang cukup besar merupakan salah satu dan paling umum yang membahayakan pasien saat operasi. Resiko syok hipovolemik meningkat ketika kehilangan darah melebihi 500 ml (WHO, 2009).

b. *Time out (Time out Phase)*

Time out merupakan fase dimana setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan memberitahu perannya masing-masing. Operator harus memastikan bahwa semua orang di ruang operasi harus kenal satu sama lain. Sebelum melakukan insisi pertama kali pada kulit operator konfirmasi ulang dengan suara yang keras bahwa mereka melakukan prosedur operasi yang sesuai pada pasien yang tepat, dan insisi di tempat yang tepat. Tidak lupa konfirmasi ulang bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 30-60 menit sebelum insisi. (WHO, 2009).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *surgical safety checklist (Time out)* adalah sebagai berikut:

- 1) Semua anggota tim telah memperkenalkan nama dan peranan mereka masing masing.

Anggota tim dapat berganti terus. Manajemen efektif situasi risiko tinggi membutuhkan semua anggota tim mengerti setiap anggotanya dan peranan serta kemampuan mereka. Koordinator akan menanyakan kepada setiap orang yang berada di ruangan untuk memperkenalkan nama dan perannya. Tim yang sudah familiar satu sama lain mengkonfirmasi masing-masing orang yang telah dikenal,

tetapi anggota baru atau staf yang dimutasi ke kamar operasi sejak operasi terakhir harus memperkenalkan diri, termasuk pelajar atau personel lain (WHO, 2009).

- 2) Operator, professional anestesi dan perawat secara verbal mengkonfirmasi identitas pasien, lokasi dan prosedur Langkah ini merupakan standard time out.

Sebelum operator melakukan insisi, koordinator atau anggota tim yang lain menanyakan setiap orang di kamar operasi untuk berhenti dan secara verbal konfirmasi nama pasien, pembedahan yang akan dilakukan, lokasi pembedahan dan jika memungkinkan memposisikan pasien untuk mencegah kesalahan pasien atau lokasi (WHO, 2009).

- 3) Antisipasi kejadian krisis Komunikasi tim yang efektif merupakan komponen penting dari pembedahan yang aman, tim kerja yang efisien dan pencegahan komplikasi.

Untuk memastikan komunikasi mengenai isu pasien kritis, selama time out coordinator checklist memimpin diskusi singkat antara operator, staf anestesi dan staf perawat mengenai rencana bahaya dan operasi. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan sederhana kepada setiap anggota tim. Selama prosedur rutin, operator dapat menentukan pernyataan sederhana, “ Ini seperti kasus biasa dengan durasi X” dan kemudian menanyakan kepada professional anestesi dan perawat jika mereka mempunyai pertimbangan tertentu (WHO, 2009).

- 4) Tinjauan operator apakah langkah langkah kritis/yang tidak diharapkan, durasi operasi, antisipasi kehilangan darah.

Diskusi mengenai langkah–langkah kritis atau yang tidak diharapkan. Minimal untuk mengkonfirmasi anggota tim mengenai setiap langkah yang meletakan pasien dalam bahaya kehilangan darah yang cepat, cedera atau morbiditas utama lainnya (WHO, 2009).

- 5) Tinjauan tim anestesi : apakah pasien mempunyai pertimbangan khusus tertentu. Pada pasien yang beresiko kehilangan darah, ketidakstabilan hemodinamik atau morbiditas utama lainnya karena prosedur, seorang anggota tim anestesi harus mengutarakan rencana spesifik dan mempertimbangan resusitasi. Pada ketiadaan risiko kritis yang harus dibagi dengan tim, professional anestesi dapat mengatakan dengan sederhana, “Saya tidak mempunyai sesuatu pertimbangan yang khusus pada kasus atau pasien ini” (WHO, 2009).

- 6) Tinjauan tim perawat: apakah sterilisasi telah dikonfirmasi dan apakah ada pemberitahuan mengenai peralatan atau yang lain.

Perawat yang mencuci atau teknisi yang mengatur peralatan harus secara verbal mengkonfirmasi bahwa sterilisasi telah dilaksanakan. Jika tidak ada pemberitahuan yang penting, maka perawat yang mencuci atau teknisi dapat mengatakan sederhana “sterilisasi terjaga, saya tidak ada pemberitahuan yang lain” (WHO, 2009).

- 7) Apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 30-60 menit terakhir?

Pemberian antibiotik profilaksis pada pembedahan adalah penggunaan antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi setelah pembedahan. Pemberian antibiotik yang tepat dapat mengurangi terjadinya infeksi luka operasi tetapi penggunaan antibiotik yang berlebihan mengakibatkan terjadinya resistensi terhadap antimikroba. Harus ada perbedaan antara pemberian antibiotik profilaksis pada sebelum pembedahan dan sesudah pembedahan (WHO, 2009).

c. *Sign out (Debriefing Phase)*

Sign Out merupakan bagian dimana seluruh tim (bedah dan anestesi) akan menilai akhir operasi yang sudah selesai dilakukan. Pengecekan kelengkapan pasca operasi seperti, kasa dan penghitungan alat-alat bedah, pemberian label pada spesimen 15 jaringan yang diambil, adanya kerusakan alat selama operasi dan masalah lain yang belum dan telah ditangani. Periode final dimana tim bedah dan anestesi merencanakan manajemen setelah operasi dan fokus perhatian pada manajemen pemulihan pasien dan disebutkan rencananya oleh operator dan dokter anestesi belum memindahkan pasien dari kamar operasi (WHO, 2009).

Rincian untuk setiap langkah-langkah *surgical safety checklist (sign out)* adalah sebagai berikut:

- 1) Perawat melakukan konfirmasi secara verbal dengan tim mengenai nama prosedur yang telah di rekam.

Sejak prosedur diubah atau diperluas selama operasi, koordinator checklist harus mengkonfirmasi dengan operator dan tim

mengenai prosedur yang telah dilakukan. Ini dapat dilakukan dengan pertanyaan, “prosedur apa yang telah dilakukan?” atau “apakah kita telah melakukan prosedur X?”

2) Perhitungan instrument, jarum, dan kasa.

Pelaksanaan perhitungan instrumen, jarum, dan kasa di instalasi bedah sudah mempunyai checklist tersendiri berupa rekaman asuhan keperawatan perioperatif dimana perhitungan pertama asuhan keperawatan perioperatif (sebelum operasi) dan tambahan selama operasi dilakukan. Perawat memberitahukan secara lisan kepada tim mengenai kelengkapan instrument (WHO, 2009).

3) Jika ada spesimen harus dilakukan pelabelan

Perawat atau dokter bedah membuat label yang benar dari setiap spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membuat pengantar patologi dan menggambarkan bentuk dari spesimen, salah membuat label berpotensi bencana bagi pasien dan telah terbukti menjadi sumber kesalahan pada pemeriksaan patologi anatomi (WHO, 2009).

4) Permasalahan berbagai peralatan.

Koordinator harus mengkonfirmasi masalah peralatan diidentifikasi oleh tim.

5) Pada tahap akhir sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi dilakukan pemeriksaan keselamatan, tujuannya adalah saat pemindahan pasien dari ruang operasi diberikan informasi tentang

kondisi pasien kepada perawat yang bertanggung jawab di ruang pemulihan (WHO, 2009).

Pembedahan pada dasarnya, memiliki empat pembunuh utama: infeksi, perdarahan, anestesi yang tidak aman dan hal-hal yang dapat disebut sebagai tak terduga. Dengan bantuan *surgical safety checklist* dapat menyediakan perlindungan terhadap kesalahan-kesalahan pembedahan. Dalam penerapan checklist kerja sama tim antara beberapa praktisi kesehatan yang diperlukan bukan hanya mereka yang bekerja sama saling akur dengan yang lain. Yang diperlukan adalah disiplin. Disiplin adalah suatu yang harus diperjuangkan bahkan checklist yang sederhana sekali pun (Gawande, 2011). Disiplin kerja adalah sikap yang patuh terhadap peraturan-peraturan dan norma yang berlaku (Amiruddin, 2019).

2.2 KEPATUHAN

2.2.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan yang dimaksud disini adalah disiplin atau ketaatan terhadap ketentuan peraturan yang berlaku (Ismainar, 2015). Menurut WHO Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku seseorang mengikuti atau menjalankan perubahan sesuai dengan rekomendasi yang disepakati oleh penyedia layanan kesehatan (Rich et al., 2015).

Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang yang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Ulum dan Wulandari, 2013).

2.2.2 Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *surgical safety checklist* yaitu pengetahuan, stress kerja, Pendidikan, Masa Kerja, Hubungan Komunikasi, Karakteristik Pekerjaan dan Karakteristik Lingkungan.

a. Pengetahuan

Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan piker dalam menumbuhkan kepercayaan diri maupun dorongan sikap dan perilaku, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulus terhadap tindakan sesuatu seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Peneilitian yang dailakukan oleh Sudibyو dari 42 responden sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan cukup sebesar 50% dengan tingkat kepatuhan tergolong patuh 88,1%. Namun masih ada perawat yang kurang patuh 11,9%. Angka koefisien korelasi pada uji Spearman's Rank bernilai positif yaitu sebesar 0,500 sehingga hubungan kedua variabel tersebut bersifat searah yang dapat diartikan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat maka kepatuhan dalam penerapan *surgical safety checklist* di Ruang Operasi juga akan meningkat. (Saletti-cuesta et al., 2020)

b. Stress Kerja

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Arif, retnaningtyas, dyah didapatkan analisis Scatterplot diperoleh arah negatif yang berarti peningkatan variabel tingkat stres kerja perawat akan diikuti

oleh penurunan penerapan *Surgical Safety Checklist*. Hasil koefisien korelasi 0,637 dengan interpretasi kuat dan t hitung 3,24 lebih besar dari hasil t tabel 1,76 artinya terdapat hubungan linier. Simpulan: Ada hubungan tingkat stres kerja perawat dengan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di ruang operasi. Semakin meningkatnya tingkat stres kerja perawat, maka pelaksanaan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* menurun. Rekomendasi untuk penelitian selanjutnya yaitu melakukan penelitian faktor-faktor stres kerja perawat dengan dampak yang dapat diakibatkan dari stres kerja dengan jumlah responden yang lebih banyak. (Arif et al., 2021)

Stres kerja pada perawat kamar bedah di Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Semarang menyebutkan sebanyak 59,5% perawat memiliki stres kerja pada kategori ringan dan 40,5% mengalami stress pada kategori berat. Meskipun stres dalam tingkatan rendah, namun apabila dibiarkan akan berpengaruh pada kinerja yang dihasilkan oleh individu.

c. Pendidikan

Pendidikan adalah usaha dasar yang terencana untuk mewujudkan dalam proses pembelajaran yang terwujud aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan. Pendidikan dapat diperoleh dari dalam diri dan dari luar sekolah. Pendidikan dapat diperoleh dari dalam diri maupun diluar sekolah. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan

seseorang maka semakin mudah orang tersebut menerima informasi (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan yang dimaksud adalah pendidikan formal yang didapat dari bangku sekolah. Pendidikan sekarang menentukan luasnya pengetahuan seseorang dimana orang yang berpendidikan dan bekerja dalam bidang kesehatan dan keselamatan kerja dapat memberikan landasan yang mendasari sehingga memerlukan partisipasi secara efektif dalam menentukan diri sendiri pemecahan masalah di tempat kerja (Budiman, 2014).

d. Masa kerja

Masa kerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja di suatu tempat. Masa kerja tentu saja dapat mempengaruhi tenaga kerja tersebut baik dari segi positif maupun negatif. Pengaruh positif jika seorang tenaga kerja terlalu lama bekerja maka semakin banyak pengalaman dalam melakukan tugasnya. Sebaliknya pengaruh negatif jika seorang tenaga kerja bekerja semakin lamanya maka tentu akan menimbulkan kebosanan (Notoatmodjo, 2010). Masa kerja merupakan salah satu alat yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang, dengan melihat masa kerjanya dapat mengetahui telah berapa lamanya seseorang bekerja dan dapat dinilai sejauh mana pengalamannya.

d. Hubungan Komunikasi

Penelitian yang dilakukan oleh Saing di dapatkan hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara komunikasi tim bedah dengan kepatuhan penerapan *surgical safety*

checklist dengan hasil uji *chi-square* diperoleh nilai $p= 0,00 < \text{nilai } \alpha= 0,05$ dengan komunikasi baik dan patuh sebanyak 26 (65,0%). Berdasarkan hasil penelitian diatas ditemukan hasil bahwa responden yang memiliki komunikasi baik lebih banyak yang patuh daripada yang tidak patuh, berbeda dengan responden yang memiliki komunikasi kurang baik lebih banyak yang tidak patuh. (Saing, 2018)

e. Karakteristik pekerjaan

Karakteristik pekerjaan adalah sifat yang berbedah antara jenis pekerjaan yang satu dengan yang lainnya yang bersifat khusus dan merupakan inti pekerjaan yang berisikan sifat-sifat tugas yang ada di dalam semua pekerjaan serta dirasakan oleh para pekerja sehingga dapat mempengaruhi sikap atau perilaku terhadap pekerjaan (Sitinjak Labora, 2015).

f. Karakteristik lingkungan

Apabila perawat bekerja dalam suatu lingkungan yang terbatas dan berinteraksi yang secara konstan dengan staf lain, pengunjung, dan tenaga kesehatan lain dapat menurunkan motivasi perawat terhadap pekerjaannya, dapat menyebabkan stres, dan menimbulkan kepenatan (Sitinjak Labora, 2015).

2.3 BEBAN KERJA PERAWAT

2.3.1 Pengertian

Beban kerja merupakan upaya merinci komponen dan target *volume* pekerjaan dalam satuan waktu dan satuan hasil tertentu (Hasibuan, 2006). Menurut UU Kesehatan No.36 Tahun 2009 menyatakan bahwa beban kerja

merupakan hasil kali antara jumlah pekerjaan dengan waktu dan besaran pekerjaan yang harus dipukul oleh suatu jabatan/unit organisasi. Sedangkan menurut Marquis dan Houston (2010) beban kerja perawat merupakan seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas disuatu unit pelayanan keperawatan, *workload*, atau beban kerja diartikan sebagai *patients day* yang merujuk pada jumlah prosedur, pemeriksaan kunjungan (*visite*) pada pasien. Tingginya beban kerja mengakibatkan terjadinya komunikasi yang buruk antara perawat dengan pasien.

Dapat disimpulkan bahwa beban kerja perawat merupakan seluruh kegiatan yang dilakukan oleh perawat di ruangan yang mencakup jumlah pasien yang dirawat, pemeriksaan yang dilakukan, dan jumlah perawat dalam satu ruangan tersebut.

2.3.2 Komponen Beban Kerja

Menurut Gillies (2006), beban kerja perawat memiliki komponen, yang meliputi:

a. Jumlah klien perhari, perbulan, pertahun

Mutu pelayanan akan dapat diberikan secara optimal, apabila ada keseimbangan antara beban kerja, jumlah klien dan tenaga perawat. Menurut Smith & Brachen et al, dalam Kawonal (2006), Perubahan beban kerja terjadi di rumah sakit secara dinamis dan kontinyu, yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan, kejadian-kejadian dalam masyarakat, perubahan situasi politik dan situasi ketenagaan dalam organisasi.

- b. Rata-rata waktu yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan keperawatan

Waktu kegiatan tindakan keperawatan adalah waktu yang diperlukan perawat untuk melayani klien sesuai dengan standar layanan yang berlaku dalam hal ini adalah lamanya pelaksanaan operasi (Stiles & Horshy, 1998). Menurut Ilyas (2009), waktu yang digunakan untuk melaksanakan layanan keperawatan, menunjukkan beban kerja perawat. Ilyas (2009) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa jumlah layanan dalam rata-rata waktu / jam Perawatan bedah adalah 3,5 jam

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Beban Kerja

Umansky & Rantanen (2016) menyatakan bahwa yang mempengaruhi beban kerja antara lain :

1. Patient-to-nurse ratio, yaitu jumlah pasien yang harus ditangani oleh masing-masing perawat.
2. Activity type, yaitu jenis kegiatan yang dilakukan perawat mulai dari kegiatan pokok yang penting seperti melakukan dokumentasi asuhan keperawatan, kegiatan tambahan yang bukan bagian tugas pokok seperti menyusun status pasien pada tempatnya, hingga kegiatan tambahan yang merupakan bagian tugas pokok seperti pemberian obat.
3. Time Pressure, yaitu rasio waktu yang dibutuhkan (total waktu yang digunakan untuk mengerjakan tugas pokok) dan waktu yang tersedia harus diperhitungkan.
4. Physical expenditure, yaitu jumlah, rata-rata serta standar tiap perawat berjalan selama melaksanakan tugas

2.3.4 Penghitungan Beban Kerja

a. Teknik *Work Sampling*

Langkah-langkah dari teknik ini adalah identifikasi kategori mayor dan minor aktivitas perawat, analisa hasil observasi, yaitu frekuensi untuk spesifik kategori sama dengan persen dengan persen dari total waktu yang digunakan untuk aktivitas. Pengamatan aktivitas perawat dilakukan dengan mengamati hal-hal spesifik dari pekerjaan apa yang dilakukan oleh perawat pada waktu jam kerja, apakah kegiatan perawat berkaitan dengan fungsi dan tugasnya, proporsi waktu kerja digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif. Selanjutnya beban kerja perawat dihubungkan dengan waktu dan jadwal kerja perawat. Dan hal ini didapatkan dengan melakukan survei terkait pekerjaan perawat di rumah sakit. Pengukuran work sampling digunakan untuk mengukur aktivitas pegawai dengan menghitung waktu yang digunakan untuk bekerja dan waktu yang tidak digunakan untuk bekerja dalam jam kerja mereka kemudian disajikan dalam bentuk persentase. (Ilyas dalam Indriasari, 2017)

b. *Subjective Workload Assesment Tecnique* (SWAT)

Subjective Workload Assesment Tecnique (SWAT) dikembangkan oleh Reid (1989) dengan metode penskalaan conjoint dengan dua tahapan pekerjaan di dalam penggunaan model SWAT yaitu Scale Development dan Event Rating. SWAT berbeda dengan pengukuran subjektif lainnya karena dikembangkan dengan teliti dan berakar pada teori pengukuran formal, khususnya teori pengukuran conjoint. Terdapat kelebihan dan

kekurangan dari pengukuran beban kerja mental dengan metode SWAT ini. Kelemahan dari SWAT yaitu penggunaan kata-kata secara lisan yang berisiko menimbulkan konotasi yang berbeda setiap individu. (Liu, 2015)

c. Teknik *time and motion study* atau penelitian waktu dan gerak

Pada teknik ini mengamati dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang kita amati. Dengan menggunakan teknik ini bukan hanya mendapatkan beban kerja perawat tetapi yang lebih penting adalah mengetahui dengan baik kualitas kerja perawat. Pelaksanaan pengamatan untuk pengambilan data ini haruslah seseorang yang mengetahui secara benar tentang kompetensi dan fungsi perawat mahir (Indriasari, 2017).

d. Teknik *self reporting*

Pada teknik ini kita mengamati dan mengamati dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang kita amati. Dengan menggunakan teknik ini bukan hanya mendapatkan beban kerja perawat tetapi yang lebih penting adalah mengetahui dengan baik kualitas kerja perawat. Pelaksanaan pengamatan untuk pengambilan data ini haruslah seseorang yang mengetahui secara benar tentang kompetensi dan fungsi perawat mahir (Indriasari, 2017).

e. Teknik *time study and task frequency*

Teknik ini terdiri dari analisa aktivitas keperawatan yang spesifik dan bagian-bagian dari tugas. Hal ini dapat dilihat secara individu dari kapan tugas dimulai sampai tugas diselesaikan. Jumlah waktu yang digunakan untuk aktivitas keperawatan digambarkan dalam waktu rata-rata.

Termasuk waktu yang digunakan untuk istirahat dan kegiatan pribadi lainnya. Waktu rata-rata ditambah dengan waktu istirahat dan kegiatan pribadi lainnya disebut waktu standar. Kegiatan diukur dengan cara mengalikan frekuensi kegiatan dengan waktu standar. Frekuensi dari tugas biasanya didiapatkan dari suatu check list dari laporan individu terkait tugas, keahlian, dan tempat kerja (Ilyas dalam Indriasari, 2017)

f. *Self assessment*

Menggunakan kuesioner tentang beban kerja perawat yang berisi 13 item pernyataan dengan skor tiap item 1-4. Teknik self assesment ini memberikan hasil subyektif dari responden perawat yang menjalankan aktivitas dan merasakan atau tidak adanya beban kerja pada kegiatannya di kamar operasi (Nursalam, 2011)

2.3.5 Tugas dan Tenaga Tim Bedah

Tim bedah merupakan ahli bedah yang terdiri dari dokter anestesi, penata anestesi, perawat bedah yang masing-masing memiliki keterampilan khusus dan peran yang melakukan tindakan pembedahan untuk mencapai tujuan bersama (Correia, 2019). Berikut merupakan tugas dari tim bedah:

a. *Scrub Nurse*

Perawat scrub atau di Indonesia juga dikenal sebagai perawat instrumen merupakan perawat kamar bedah yang memiliki tanggung jawab terhadap manajemen area operasi dan area steril pada setiap jenis pembedahan (Muttaqin, 2009).

Uraian tugas seorang perawat scrub diantaranya:

1. Pada fase pre operasi (AORN, 2013):

- a. Melakukan kunjungan pasien yang akan operasi minimal sehari sebelum pembedahan untuk memberikan penjelasan atau memperkenalkan tim bedah.
- b. Mempersiapkan ruangan operasi dalam keadaan siap pakai yang meliputi kebersihan ruang operasi, meja instrumen, meja operasi, lampu operasi, mesin anastesi lengkap, dan suction pump.
- c. Mempersiapkan instrumen steril sesuai dengan tindakan operasi.
- d. Mempersiapkan cairan antiseptik dan bahan-bahan sesuai keperluan pembedahan

2. Pada fase Intra operasi (Lopez, 2011):

- a. Memperingatkan tim bedah jika terjadi penyimpangan prosedur aseptik.
- b. Membantu mengenakan jas steril dan sarung tangan untuk ahli bedah
- c. Menata instrumen steril di meja operasi sesuai dengan urutan prosedur operasi.
- d. Memberikan cairan antiseptik pada kulit yang akan diinsisi.
- e. Membantu melakukan prosedur drapping.
- f. Memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai urutan prosedur dan kebutuhan tindakan pembedahan secara tepat dan benar.
- g. Mempersiapkan benang jahitan sesuai kebutuhan dalam keadaan siap pakai.
- h. Membersihkan instrumen dari darah pada saat intra operasi untuk mempertahankan sterilitas alat di meja instrumen.

- i. Menghitung kassa, jarum, dan instrumen sebelum, selama, dan setelah operasi berlangsung.
- j. Memberitahukan hasil perhitungan jumlah alat, kassa, dan jarum pada ahli bedah sebelum operasi dimulai dan sebelum luka ditutup lapis demi lapis.
- k. Mempersiapkan cairan untuk mencuci luka.
- l. Membersihkan luka operasi dan kulit sekitar luka.

3. Pada fase post operasi (AORN, 2013)

- a. Memfiksasi drain dan kateter (jika terpasang).
- b. Membersihkan dan memeriksa adanya kerusakan kulit pada daerah yang terpasang elektrode.
- c. Memeriksa dan menghitung kelengkapan semua instrumen sebelum dikeluarkan dari kamar operasi.
- d. Memeriksa ulang catatan dan dokumentasi dalam keadaan lengkap.
- e. Mengirim instrumen ke bagian sterilisasi (CSSD).

b. *Circulating Nurse*

Perawat sirkulasi atau *on loop* merupakan perawat yang bertanggung jawab menjamin terpenuhinya perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrument dan mengobservasi pasien tanpa menimbulkan kontaminasi terhadap area steril (Muttaqin, 2009). Menurut Potter & Perry (2013) tugas dari perawat sirkuler adalah:

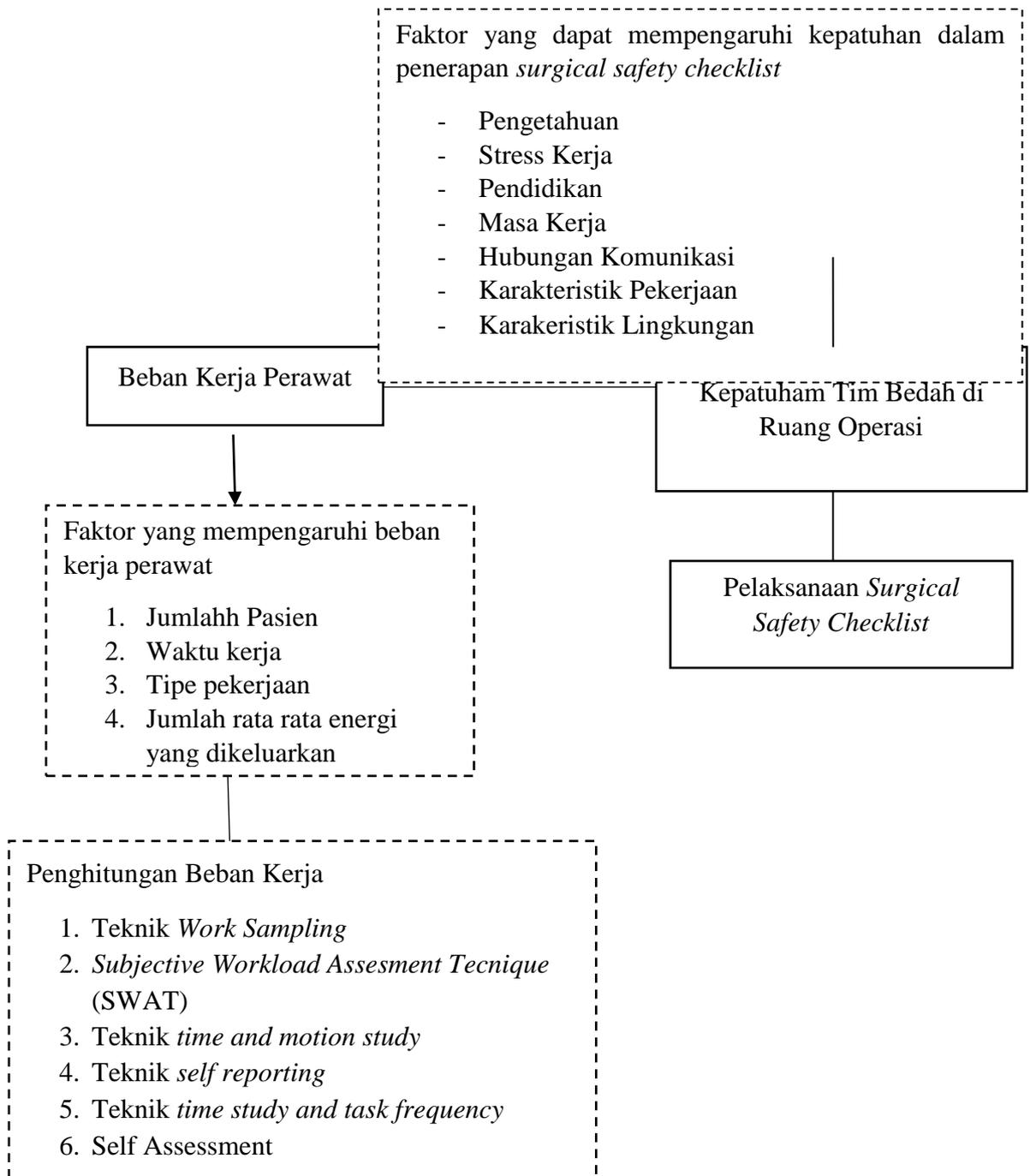
1. Pada fase Pre Operasi

- a. Menerima pasien yang akan dibedah

- b. Memeriksa dengan menggunakan formulir “*checklist*” meliputi: kelengkapan dokumen medis, kelengkapan obat-obatan, cairan, alat kesehatan, persediaan darah (bila diperlukan).
 - c. Memeriksa persiapan fisik
 - d. Melakukan serah terima pasien dan perlengkapan sesuaikan dengan
 - e. awat ruangan
 - f. Memberikan penjelasan ulang kepada pasien sebatas kewenangan tentang: tindakan pembedahan yang akan dilakukan, tim operasi yang akan menolong, fasilitas yang ada di kamar bedah, antara lain lampu operasi dan mesin pembiusan dan tahap-tahap anestesi
- 2. Pada fase intra operasi**
- a. Mengatur posisi pasien sesuai dengan jenis pembedahan dan bekerja sama dengan petugas anestesi
 - b. Membuka set steril dengan memperhatikan teknik aspetik
 - c. Mengingatkan timoperasi jika mengetahui adanya penyimpangan penerapan teknik aseptik
 - d. Mengikat tali jas steril tim operasi
 - e. Membantu mengukur dan mencatat kehilangan darah dan cairan dengan cara mengetahui jumlah produksi urine, jumlah perdarahan, jumlah cairan yang hilang
- 3. Pada fase post operasi**
- a. Membersihkan dan merapikan pasien yang sudah selsai dilakukan pembedahan

- b. Memindahkan pasien dari meja operasi di kereta dorong yang telah disediakan
- c. Mengatur dan mencatat tanda-tanda vital
- d. Mengukur tingkat kesadaran dengan cara memanggil nama pasien, membersihkan stimulus, dan memeriksa reaksi pupil
- e. Meneliti, menghitung, dan mencatat obat-obatan serta cairan yang diberikan pada pasien.
- f. Memeriksa kelengkapan dokumen medis
- g. Mendokumentasikan tindakan keperawatan selama pembedahan melakukan serah terima dengan perawat/petugas RR.

2.4 KERANGKA KONSEP PENELITIAN



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

2.5 HIPOTESIS

Hipotesis penelitian pada hakikatnya adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian. Hipotesis merupakan jawaban sementara penelitian, patokan, dugaan, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2017). Hipotesis dari penelitian ini adalah :

H1 : Ada hubungan antara beban kerja perawat dengan kepatuhan pelaksanaan *surgical safety checklis* di RSUD Mardi Waluyo Blitar

H0 : Tidak ada hubungan antara beban kerja perawat dengan kepatuhan pelaksanaan *surgical safety checklist* di RSUD Mardi Waluyo Blitar