

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. *Surgical Safety Checklist*

2.1.1. Definisi

Surgical Safety Checklist yaitu proses pencatatan data pasien berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan oleh tim bedah pada tiga tahap, yaitu sebelum pasien masuk ke ruang operasi, sebelum dilakukan insisi, dan setelah operasi selesai. Data tersebut dicatat dalam formulir yang disebut “*surgical safety checklist*” (Nuria, 2024). Salah satu standar dalam sasaran keselamatan pasien secara internasional adalah memastikan identifikasi pasien dan lokasi yang benar, serta prosedur pembedahan yang tepat. Pada program *World Alliance for Patient Safety*, WHO mengembangkan *Surgical Safety Checklist* (SSC) sebagai instrumen dalam meningkatkan keselamatan selama pembedahan, serta mengurangi angka kematian dan komplikasi yang biasa digunakan oleh praktisi klinis selama di ruang operasi. WHO menjelaskan bahwa penggunaan SSC di ruang operasi terdiri dari tiga tahap pelaksanaan, yaitu sebelum pemberian anestesi (*sign in*), sebelum tindakan pembedahan dimulai dengan sayatan kulit (*time out*), dan sebelum pemindahan pasien keluar dari kamar operasi (*sign out*) (Sudibyo, 2020).

2.1.2. Tujuan

Untuk mengurangi risiko kesakitan dan kematian serta memperkuat komunikasi dan kerja sama tim selama prosedur bedah, *surgical safety checklist* bertujuan menciptakan pelayanan bedah yang terjamin keamanannya dan bermutu tinggi. Selain itu, hal ini memastikan keselamatan pasien selama tindakan pembedahan yang dilakukan oleh tim bedah dan anestesi di ruang operasi (Sudrajat, 2022).

2.1.3. Pelaksanaan *surgical safety checklist*

1. *Sign In*

Sign in adalah tahap verifikasi saat pertama kali pasien datang di ruang penerimaan atau premedikasi dan sebelum induksi anestesi.

Tahapan pada *surgical safety checklist (sign in)*, antara lain:

- a. Konfirmasi identitas pasien
- b. Area pembedahan telah ditandai
- c. Kelengkapan obat dan mesin anestesi
- d. Oksimetri berfungsi dengan baik
- e. Apakah pasien memiliki alergi?
- f. Apakah pasien mengalami gangguan pernapasan atau berisiko aspirasi?
- g. Apakah ada risiko pasien mengalami perdarahan melebihi 500 ml?

2. *Time Out*

Time out adalah tahap dimana seluruh anggota tim bedah memperkenalkan diri dan menjelaskan tugas masing-masing. Operator

bertanggung jawab untuk seluruh anggota tim bedah saling mengenal selama di ruang operasi. Sebelum dilakukan insisi, operator mengonfirmasi kembali secara jelas bahwa prosedur yang akan dilakukan sesuai dengan pasien dan lokasi insisi tepat. Selain itu, perlu dipastikan bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan 1 jam sebelum dilakukan insisi. Tahapan pada *time out*, antara lain:

- a. Semua anggota tim telah memperkenalkan diri dan peran masing-masing.
- b. Operator, profesional anestesi, dan perawat secara verbal memastikan identitas pasien, lokasi insisi, dan prosedur pembedahan.
- c. Antisipasi tim untuk menghadapi krisis komunikasi yang dapat terjadi sangat penting untuk memastikan pembedahan aman, tim yang efisien, dan mencegah komplikasi.
- d. Tinjauan operator apakah langkah-langkah kritis/yang tidak diharapkan, durasi operasi, antisipasi kehilangan darah.
- e. Tinjauan tim anestesi: apakah pasien memiliki perhatian khusus?
- f. Tinjauan tim perawat: apakah konfirmasi mengenai sterilisasi telah dilakukan dan adakah laporan terkait peralatan atau hal lain?
- g. Apakah antibiotik profilaksis disuntikkan 1 jam sebelum insisi?

3. *Sign Out*

Sign out adalah tahap akhir di mana seluruh tim mengevaluasi hasil operasi yang telah selesai. Pada tahap ini dilakukan verifikasi terhadap kelengkapan setelah tindakan operasi, termasuk perhitungan kasa dan

instrumen, pelabelan pada jaringan yang sudah diambil, identifikasi kerusakan instrumen selama pembedahan, serta penanganan insiden yang belum atau sudah diselesaikan. Tahap ini juga termasuk untuk merencanakan asuhan pasca operasi dengan prioritas pada penyembuhan pasien. Operator dan dokter anestesi menjelaskan rencana tersebut sebelum pasien dipindahkan dari ruang operasi. Tahapan pada *sign out*, antara lain:

- a. Perawat mengonfirmasi secara langsung kepada tim tentang nama prosedur yang sudah dilakukan.
- b. Menghitung jumlah instrumen, kasa, dan jarum.
- c. Pelabelan pada spesimen yang diambil.
- d. Masalah pada instrumen yang digunakan.
- e. Sebelum pasien keluar dari kamar operasi dilakukan verifikasi terkait keselamatan untuk memastikan perawat di ruang pemulihan menerima informasi tentang kondisi pasien (Sudrajat, 2022).

2.2.Keselamatan Pasien

2.2.1. Definisi

Keselamatan pasien merupakan suatu pendekatan sistematis yang bertujuan untuk meningkatkan keamanan dalam pelayanan kesehatan. Pendekatan ini meliputi identifikasi dan evaluasi risiko, pengelolaan potensi bahaya terhadap pasien, pelaporan serta analisis insiden, pembelajaran dari kejadian yang telah terjadi, termasuk tindak lanjut yang diperlukan, dan penerapan langkah-langkah pencegahan untuk menurunkan tingkat risiko serta mencegah cedera yang diakibatkan oleh kesalahan maupun kelalaian.

Keselamatan pasien dapat terganggu akibat insiden yang terjadi di luar batas kendali serta berpotensi menimbulkan dampak merugikan bagi pasien yang seharusnya dapat dihindari (Hidayati, 2021).

Keselamatan pasien (*patient safety*) didefinisikan sebagai kondisi bebas dari cedera yang tidak disengaja. Cedera tidak disengaja ini disebabkan oleh kesalahan, termasuk kegagalan dalam perencanaan atau penggunaan rencana yang keliru untuk mencapai tujuan. Selain itu, cedera tersebut bisa timbul akibat tindakan yang keliru (*commission*) maupun karena tidak dilakukannya tindakan yang seharusnya dilakukan (*omission*). Dalam pelaksanaannya, cedera yang tidak disengaja ini dapat berbentuk kejadian yang tidak diharapkan (*near miss*) (Mulyana, 2013).

2.2.2. Tujuan keselamatan pasien

Berdasarkan Komite KPRS, tujuan dari adanya program keselamatan pasien di fasilitas rumah sakit mencakup (Mulyana, 2013):

1. Terbentuk budaya yang mendukung keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit.
2. Mengoptimalkan tanggung jawab rumah sakit dalam melayani pasien dan masyarakat.
3. Mengurangi frekuensi terjadinya kejadian tidak diinginkan (KTD) di rumah sakit.
4. Melaksanakan program preventif guna menghindari terjadinya kejadian tidak diinginkan.

2.2.3. Sasaran keselamatan pasien

Sasaran keselamatan pasien adalah standar wajib bagi rumah sakit yang terakreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Sasaran dirumuskan berdasarkan *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* yang dikeluarkan oleh WHO serta diadopsi oleh KPPRS PERSI dan JCI (Alfiah, 2016).

1. Sasaran I: Mengidentifikasi pasien dengan benar

Kesalahan identifikasi pasien mungkin terjadi di berbagai tahap diagnosis dan pengobatan terutama pasien dengan kondisi tertentu, seperti pengaruh obat, hilang kesadaran, atau berpindah tempat di rumah sakit. Untuk mencegah hal ini diperlukan pengecekan dengan memastikan identitas pasien sebagai penerima layanan dan memastikan kesesuaian pengobatan pasien tersebut.

Kebijakan dan prosedur yang dirancang melalui kerja sama bertujuan untuk meningkatkan kualitas proses identifikasi, seperti pemberian obat, darah, pengambilan sampel, atau tindakan lainnya. Identifikasi pasien harus menggunakan minimal dua metode, seperti identitas, nomor registrasi, atau gelang pasien dengan kode batang, tetapi tidak menggunakan nomor kamar atau lokasi.

Kebijakan ini juga mencakup penggunaan berbagai metode identifikasi di berbagai unit rumah sakit, seperti poliklinik, UGD, dan ruang operasi, serta bagi pasien yang tidak teridentifikasi. Proses kerjasama ini memastikan semua situasi dapat diakomodasi untuk menghindari kesalahan identifikasi.

2. Sasaran II: Meningkatkan komunikasi efektif

Komunikasi yang jelas, tepat waktu, lengkap, akurat, dan dimengerti dengan baik oleh pasien dapat berperan dalam meminimalkan kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi ini bisa dalam bentuk elektronik, verbal, atau melalui tulisan, tetapi komunikasi verbal atau melalui telepon cenderung lebih rentan terhadap kesalahan terutama saat memberikan perintah atau melaporkan temuan dari pemeriksaan mendalam.

Rumah sakit perlu mengembangkan panduan atau petunjuk operasional terkait komunikasi verbal dan telepon yang mencakup pencatatan instruksi atau temuan dari pemeriksaan oleh penerima, pembacaan ulang (*read back*) untuk memastikan keakuratan, dan konfirmasi atas kesesuaian informasi. Kebijakan juga mengakomodasi situasi tertentu, seperti ruang operasi atau kondisi darurat yang dimana pembacaan ulang mungkin tidak dapat dilakukan di bagian IGD dan ICU.

3. Sasaran III: Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (*high alert*)

Strategi yang tepat untuk mengurangi insiden dalam pengelolaan obat berisiko tinggi adalah dengan memperbaiki proses pengelolaannya termasuk mentransfer stok konsentrat elektrolit dari unit pasien ke ruang farmasi. Penting bagi rumah sakit dalam mengembangkan panduan atau petunjuk operasional secara kolaboratif untuk menyusun daftar persediaan obat berisiko sesuai data internal. Kebijakan ini juga harus mencakup identifikasi area yang memerlukan konsentrat elektrolit, seperti unit gawat

darurat dan kamar operasi, memastikan pelabelan jelas, dan mengatur penyimpanan yang aman dengan akses terbatas guna mencegah kesalahan penggunaan.

4. Sasaran IV: Memastikan lokasi, prosedur, dan pasien operasi yang tepat

Masalah kesalahan terkait lokasi, prosedur, atau identitas pasien dalam operasi sering terjadi di rumah sakit. Hal ini biasa disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif, kurangnya keterlibatan pasien dalam penandaan lokasi operasi, dan ketiadaan prosedur verifikasi lokasi. Faktor lain yang berkontribusi meliputi, kurangnya asesmen yang memadai, tinjauan data medis pasien yang tidak teliti, budaya yang menghambat komunikasi efektif antar tim medis, serta tulisan tangan yang tidak terbaca, dan penggunaan singkatan.

Untuk mengatasi masalah ini penting bagi rumah sakit dalam menyusun kebijakan dan prosedur yang optimal secara kolaboratif dengan *Surgical Safety Checklist* versi WHO dan *Universal Protocol* dari *The Joint Commission*. Pemberian tanda pada lokasi operasi harus melibatkan pasien dengan penerapan yang jelas dan konsisten, serta dilakukan oleh operator sebelum operasi dimulai. Pemberian tanda ini harus diterapkan pada setiap kasus, termasuk bagian tubuh yang berbeda, struktur ganda, atau tingkat ganda seperti pada tulang belakang dan tetap terlihat hingga operasi dimulai.

5. Sasaran V: Pencegahan resiko infeksi

Infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi tantangan utama dengan meningkatnya biaya untuk menangani infeksi yang menjadi fokus perhatian

bagi pasien dan tenaga medis. Infeksi saluran urin, infeksi pada darah, dan infeksi paru-paru (terutama yang terkait dengan ventilasi buatan), sering dijumpai di berbagai bentuk pelayanan kesehatan. Salah satu upaya dalam mencegah infeksi dengan cuci tangan (*hand hygiene*) secara tepat. Pedoman *hand hygiene* dapat ditemukan dalam literatur WHO serta organisasi dari dalam dan luar negeri. Rumah sakit perlu mengembangkan kebijakan dan prosedur secara kolaboratif untuk mengimplementasikan pedoman *hand hygiene* yang diakui secara internasional dan memastikan bahwa diterapkan secara efektif.

6. Sasaran VI: Mengurangi resiko cedera akibat jatuh

Angka kejadian jatuh yang signifikan menjadi salah satu faktor cedera pada pasien. Untuk mengurangi resiko cedera akibat jatuh rumah sakit perlu mengevaluasi faktor risiko pada pasien yang meliputi, riwayat jatuh, penggunaan obat-obatan, konsumsi alkohol, gaya berjalan, keseimbangan, dan penggunaan alat bantu jalan. Evaluasi ini harus dilakukan secara menyeluruh dalam konteks layanan yang disediakan dan fasilitas yang ada. Program pencegahan jatuh harus diterapkan di rumah sakit untuk mengurangi resiko cedera pada pasien.

2.3. Kepuasan Pasien

2.3.1. Definisi

Kepuasan pasien yaitu salah satu indikator utama bagi rumah sakit. Hal ini menjadi aset berharga karena pasien yang puas lebih cenderung untuk kembali memilih rumah sakit tersebut. Sebaliknya, pasien yang tidak

puas mungkin merasa enggan untuk datang kembali dan bahkan dapat membagikan pengalaman negatifnya kepada orang lain. Menurut (Yulia & Adriani, 2017), kepuasan pasien diukur berdasarkan perasaan yang dirasakan setelah pelayanan lalu dibandingkan dengan ekspektasinya. Jika pelayanan yang diberikan tidak memenuhi ekspektasi, pasien cenderung merasakan kekecewaan dan ketidakpuasan. Jika pelayanan sesuai atau lebih baik dari yang diharapkan pasien cenderung merasa puas.

Kepuasan pasien terbagi menjadi dua jenis, yaitu kepuasan yang bersifat nyata dan kepuasan psikologis. Kepuasan nyata adalah kepuasan yang dilihat dan dirasakan langsung setelah pasien menerima layanan, berbeda dengan kepuasan psikologis bersifat abstrak tetapi dapat dirasakan pasien. Dalam memahami tingkat kepuasan pasien rumah sakit perlu memenuhi kebutuhan yang menjadi prioritas utama pasien, seperti keamanan layanan, biaya yang terjangkau, ketepatan pelayanan, dan kecepatan dalam memberikan layanan. Ketika tingkat kepuasan pasien tinggi, rumah sakit akan mendapatkan berbagai manfaat, antara lain meningkatnya minat pasien untuk kembali berkunjung, efisiensi biaya operasional, efektivitas biaya pemasaran, promosi dari mulut ke mulut, dan peningkatan laba (Hanifah, 2022).

2.3.2. Dimensi kepuasan pasien

Menurut Parasuraman, zeithaml, dan berry (1985) dalam (Yulia & Adriani, 2017) terdapat lima dimensi kepuasan pasien meliputi: keandalan

(*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), kepedulian (*empathy*), dan bukti fisik (*tangibles*).

1. Keandalan (*Reliability*), yaitu kemampuan untuk memberikan layanan secara akurat dan terpercaya sejak awal, tanpa kesalahan, serta tepat waktu. Penilaian kualitas pelayanan rumah sakit didasarkan pada kemampuan dalam hal ketepatan waktu layanan, proses administrasi dan poliklinik, serta ekspektasi pasien dengan realisasi waktu pelayanan.
2. Daya tanggap (*Responsiveness*), yaitu kemampuan dan kesediaan perawat untuk memberikan dukungan, menanggapi kemauan pasien, menyampaikan informasi terkait waktu pelayanan, serta menyediakan pelayanan secara cepat, mudah diakses, tanpa waktu tunggu yang lama, dan bersedia mendengarkan keluhan pasien.
3. Jaminan (*Assurance*), mengacu pada kemampuan perawat pada pasien untuk membangun kepercayaan serta menciptakan rasa aman selama pelayanan di rumah sakit. Jaminan juga mencakup sikap sopan perawat dan kemampuan dalam menguasai informasi serta keahlian yang dibutuhkan untuk menangani persoalan pasien.
4. Kepedulian (*Empathy*), yaitu pemberian perhatian secara personal kepada pasien dan keluarganya, termasuk kemudahan dalam berkomunikasi, dihubungi, serta tingginya perhatian perawat terhadap kebutuhan pasien. Hal ini juga mencakup akses mudah ke lokasi, kemudahan dalam proses pembayaran dan administrasi, serta kemampuan petugas dalam memenuhi harapan pasien.

5. Bukti fisik (*Tangibles*), terdiri dari infrastruktur, tenaga kerja, perlengkapan, dan penampilan perawat, seperti ruang tunggu, ruang bedah, peralatan, dan perlengkapan tulis untuk mendukung pelayanan.

2.3.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Menurut (Yulia & Adriani, 2017) ada beberapa faktor yang memengaruhi kepuasan pasien, antara lain:

1. Kinerja (*performance*): Ciri utama pelayanan yang diterima sangat memengaruhi tingkat kepuasan, seperti kenyamanan, kemudahan, dan kecepatan. Contohnya, pendaftaran dilayani dengan cepat, memudahkan pasien dalam memenuhi kebutuhan, serta menciptakan kenyamanan melalui kebersihan, keramahan, dan fasilitas ruang tunggu yang memadai.
2. Keistimewaan tambahan (*features*): Merujuk pada karakteristik pelengkap atau sekunder yang memberikan nilai lebih.
3. Keandalan (*reliability*): Tingkat kepastian dalam memberikan pelayanan tanpa ketidaksesuaian atau risiko ketidakpuasan.
4. Kesesuaian dalam spesifikasi (*conformance to specifications*): Seberapa baik desain dan operasional layanan sesuai dengan standar yang sudah ditentukan.
5. Daya tahan (*durability*): Mengukur sejauh mana pasien tetap menggunakan layanan rumah sakit.

6. Kemampuan layanan (*serviceability*): Meliputi kecepatan, keahlian, kenyamanan, kemudahan perbaikan, dan kemampuan dalam menangani permasalahan pasien.
7. Estetika (*aesthetics*): Daya tarik layanan terhadap pancaindra pasien, seperti tampilan dan suasana yang menarik.
8. Kualitas pada persepsi (*perceived quality*): Merupakan persepsi pasien terhadap citra dan reputasi layanan rumah sakit termasuk tanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan pasien.

2.3.4. Metode pengukuran kepuasan pasien

Terdapat 4 metode yang dapat digunakan untuk menilai tingkat kepuasan terhadap suatu pelayanan (Yulia & Adriani, 2017), antara lain:

1. Sistem penanganan keluhan dan pemberian saran

Sistem ini berfokus pada penyediaan sarana yang memungkinkan pelanggan untuk memberikan masukan, opini, maupun keluhan secara bebas. Langkah ini menunjukkan komitmen organisasi untuk berorientasi pada kepuasan pelanggan. Untuk mendukung tujuan tersebut, rumah sakit menyediakan berbagai media, seperti:

- a. Kotak saran yang ditempatkan di lokasi strategis.
- b. Kertas komentar yang diisi oleh pelanggan dan diserahkan kepada petugas langsung atau dikirim melalui pos.
- c. Via telepon bebas pulsa, dan sebagainya.

2. *Ghost Shopping*

Metode *ghost shopping* bertujuan untuk mengevaluasi tingkat kepuasan pelanggan dengan melibatkan individu yang menyamar sebagai konsumen atau calon pembeli, baik untuk produk perusahaan sendiri maupun pesaing. Para *ghost shopper* ini kemudian diminta untuk melaporkan temuan mereka mengenai kelebihan dan kekurangan produk berdasarkan pengalaman mereka setelah mencoba dan mengevaluasi produk tersebut. Keberhasilan metode ini bergantung pada kemampuan penyamaran yang baik agar tidak teridentifikasi, sehingga menghindari efek negatif. Namun, kelemahan dari metode ini adalah potensi bias dalam penilaian, terutama jika penyamaran terbongkar. Dalam situasi tersebut, karyawan cenderung memberikan layanan yang lebih baik dan bersikap ramah untuk menghadapi pelanggan palsu.

3. Analisis pelanggan yang hilang (*Lost Customers Analysis*)

Pelanggan yang hilang merujuk pada individu yang tidak lagi memanfaatkan layanan atau telah beralih ke pihak lain. Metode ini bertujuan untuk mengukur tingkat kepuasan melalui kontak langsung dengan pelanggan yang telah meninggalkan layanan (*lost customers*).

Tujuan utama dari analisis ini meliputi:

- a. Mengidentifikasi alasan pelanggan berhenti atau beralih ke penyedia lain.
- b. Merumuskan kebijakan tindak lanjut untuk perbaikan.

Langkah strategis yang bisa dilakukan saat berinteraksi dengan pelanggan yang telah meninggalkan layanan (*lost customers*) antara lain:

- a. *Exit interview*: Melakukan wawancara untuk memahami alasan di balik keputusan pelanggan berhenti atau berpindah.
- b. Pemantauan tingkat kehilangan pelanggan: Menganalisis angka kehilangan pelanggan (*customer lost rate*). Peningkatan angka ini menunjukkan kegagalan perusahaan atau rumah sakit dalam memenuhi harapan pelanggan.

4. Survei kepuasan pasien

Survei kepuasan pasien dilakukan melalui penelitian yang dapat menggunakan berbagai metode, seperti pos, telepon, wawancara langsung, SMS, polling online, dan lainnya. Pelaksanaan survei ini bertujuan untuk:

- a. Mendapatkan respon serta masukan dari pasien secara langsung.
- b. Menciptakan respon yang baik bagi pasien, khususnya dengan menunjukkan bahwa kebutuhan dan pendapat mereka diperhatikan oleh institusi.

2.3.5. Tujuan pengukuran kepuasan pasien

Pengukuran tingkat kepuasan pasien di rumah sakit memiliki peran penting dalam mengevaluasi sejauh mana pasien memberikan respon positif terhadap kualitas pelayanan serta untuk menghitung indeks kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*). Pengukuran ini memberikan data yang

berguna untuk pengambilan keputusan oleh manajemen rumah sakit sebagai (Hanifah, 2022):

1. Panduan dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan kinerja rumah sakit.
2. Dasar untuk merumuskan strategi pemasaran layanan kesehatan.
3. Sarana untuk mengontrol dan mengawasi kegiatan harian staf dalam melayani pasien.

2.4. Kepuasan Pasien di Ruang Operasi

2.4.1. Definisi

Kepuasan pasien di ruang operasi adalah salah satu parameter kualitas pelayanan kesehatan. Kepuasan pada pasien operasi dipengaruhi oleh ekspektasi keberhasilan metode operasi, dimana apabila operasi berjalan dengan lancar maka disitulah letak kepuasan pasien dan rasa nyeri yang diakibatkan pasca operasi juga mempengaruhi kepuasan pasien. Derajat kepuasan pasien perioperatif lebih dipengaruhi oleh proses asuhan keperawatan, interaksi dengan dokter, dan interaksi keperawatan itu sendiri dibandingkan dengan kualitas informasi yang diberikan (Hamilton dkk., 2013).

2.4.2. Standar kepuasan pelayanan di ruang operasi

Standar kepuasan pelayanan keperawatan mencakup tiga tahap utama, yaitu sebelum pembedahan (*pre operatif*), selama pembedahan (*intra operatif*), dan setelah pembedahan (*post operatif*).

1. Pelayanan keperawatan sebelum pembedahan (*pre operatif*)

Tahap ini mencakup periode persiapan mulai dari ruang penerimaan hingga induksi anestesi. Pada tahap ini, perawat mengintegrasikan dan menyampaikan data yang dikumpulkan melalui pengkajian mendalam, keterampilan klinis, dan observasi untuk menentukan intervensi terapeutik yang optimal dalam pelayanan keperawatan kamar bedah. Aktivitas utama meliputi memastikan persiapan ruang operasi dan ketersediaan peralatan, memverifikasi serta mengomunikasikan data kepada tim kesehatan multidisiplin, mempersiapkan langkah antisipasi untuk menghadapi situasi darurat yang mengancam jiwa pasien, dan merancang strategi untuk mencegah infeksi (Suhartati, 2011).

2. Pelayanan keperawatan selama pembedahan (*intra operatif*)

Pelayanan ini berlangsung setelah induksi anestesi dan selama prosedur pembedahan. Kegiatan utama meliputi, pemantauan tanda-tanda vital, menyediakan alat-alat yang diperlukan, mengatur selang atau drain, serta memastikan kelancaran pemberian obat dan cairan melalui intravena. Selain itu, perawat bertanggung jawab menjaga keselamatan pasien dengan memastikan lingkungan tetap aseptis dan steril, mengatur posisi pasien agar tidak menyebabkan cedera, serta menghitung jumlah jarum dan kasa pasca penggunaan agar tidak ada benda yang tertinggal dalam tubuh pasien setelah prosedur selesai (Suhartati, 2011).

3. Pelayanan keperawatan setelah pembedahan (*post operatif*)

Pelayanan ini dilakukan selama periode *pasca* penutupan luka hingga pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Kegiatan utama meliputi, memastikan proses pemindahan pasien ke ruang pemulihan berjalan aman, mengamati kondisi jalan napas dan pernapasan pasien dengan memeriksa warna bibir dan kuku, memantau tingkat kesadaran, memeriksa tanda-tanda vital, mengevaluasi balutan luka operasi, mengukur keseimbangan cairan, memantau cairan intravena setiap jam, serta mencatat hasil pengkajian pada grafik atau catatan medis pasien (Suhartati, 2011).

2.4.3. Tujuan penerapan standar kepuasan pelayanan di ruang operasi

1. Adanya perencanaan pelayanan keperawatan di ruang operasi
2. Adanya pengorganisasian pelayanan keperawatan di ruang operasi
3. Adanya asuhan keperawatan di ruang operasi
4. Adanya pembinaan pelayanan keperawatan di ruang operasi
5. Adanya pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang operasi

2.5. Ruang Operasi

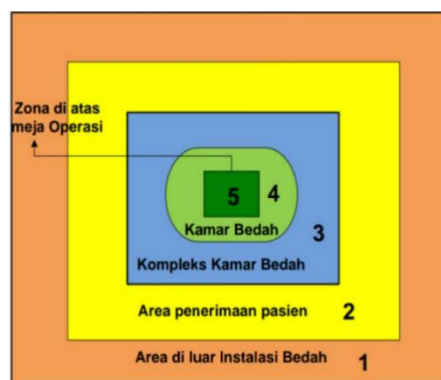
2.5.1. Definisi

Ruang operasi merupakan bagian di rumah sakit yang berguna sebagai lokasi untuk melaksanakan prosedur pembedahan, baik yang terjadwal maupun darurat dengan mempertahankan teknik aseptik dan persyaratan tertentu. Ruang ini harus memiliki luas yang memadai agar memungkinkan petugas bergerak dengan leluasa di sekitar peralatan bedah. Selain itu,

desain ruang operasi perlu dipertimbangkan tingkat keselamatan yang optimal bagi pasien (Kemenkes RI, 2012).

2.5.2. Pembagian zona di ruang operasi

Area dalam ruang operasi di rumah sakit dapat dikelompokkan ke dalam berbagai zona berdasarkan fungsinya.



Gambar 2. 1 Pembagian Zona Ruang Operasi (Kemenkes RI, 2012)

Keterangan :

5 = Area yang sepenuhnya steril (meja operasi)

4 = Zona dengan risiko sangat tinggi (steril dengan prefilter, medium filter, dan HEPA filter, tekanan positif)

3 = Zona dengan risiko tinggi (semi-steril dengan medium filter)

2 = Zona dengan risiko sedang (normal dengan prefilter)

1 = Zona dengan risiko rendah (normal)

Pembagian zona di dalam bangunan ruang operasi rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat risiko sebagai berikut:

1. Zona 1: zona dengan risiko rendah (normal)

Zona ini mencakup area resepsionis (ruang administrasi dan pendaftaran), janitor, ruang utilitas kotor, dan ruang tunggu keluarga pasien.

2. Zona 2: Zona dengan risiko sedang (normal dengan prefilter)

Zona ini meliputi ruang plester, pantry petugas, serta ruang istirahat dokter dan perawat. Pemisah antara zona 1 dan 2 adalah ruang tunggu pasien (*holding*)/ruang transfer serta ruang loker atau ruang ganti pakaian untuk dokter dan perawat.

3. Zona 3: Zona dengan risiko tinggi (semi-steril dengan medium filter)

Zona ini mencakup kompleks ruang operasi, yang terdiri dari ruang persiapan (*preparation*), area cuci tangan (*scrub up*), ruang pelaporan bedah, ruang penyimpanan alat anestesi, ruang penyimpanan instrumen steril, ruang linen, ruang penyimpanan perlengkapan bedah, ruang induksi, ruang resusitasi neonatus, implan ortopedi, peralatan darurat, ruang pemulihan (*recovery*), serta koridor dalam kompleks ruang operasi. Zona ini harus memiliki standar kebersihan ruang kelas 100.000 (ISO 8 – sesuai standar *cleanroom* ISO 14644-1, Tahun 1999).

4. Zona 4: Zona dengan risiko sangat tinggi (steril dengan prefilter, medium filter, dan HEPA filter bertekanan positif)

Zona ini mencakup ruang operasi yang dilengkapi dengan tekanan udara positif. Area ini harus memenuhi standar kebersihan kelas 10.000 (ISO 7 – sesuai standar *cleanroom* ISO 14644-1, Tahun 1999).

5. Area yang sepenuhnya steril (meja operasi)

Area ini berada di bawah aliran udara laminar (*laminar airflow*), tempat prosedur bedah dilakukan. Kebersihan ruangan pada area ini memiliki standar kelas 1.000 hingga 10.000 (ISO 6 hingga ISO 7 – sesuai standar *cleanroom* ISO 14644-1, Tahun 1999).

2.5.3. Persyaratan ruang operasi

Beberapa kriteria berikut harus dipenuhi agar kamar operasi berfungsi dengan baik, antara lain:

1. Lokasi

Kamar operasi sebaiknya terletak di pusat rumah sakit dan tidak jauh dari IGD, ICU, serta layanan radiologi.

2. Bentuk dan Ukuran

Bentuk:

- a. Kamar operasi dirancang dengan permukaan halus dan lantai, dinding, langit-langit yang melengkung, serta menggunakan warna yang tidak mencolok.
- b. Lantai dan 2/3 area bawah dinding harus menggunakan bahan kedap air, datar, keras, tidak mudah kotor, serta tidak menyerap debu.

Ukuran:

- a. Kamar operasi kecil memiliki dimensi 5,2 m x 5,6 m dengan luas sekitar 29,1 m².

- b. Untuk memberikan kenyamanan, kamar operasi sebaiknya memiliki luas sekitar 40 m².
- c. Kamar operasi yang digunakan untuk prosedur besar membutuhkan ruang dengan luas minimum 56 m² dan dimensi 7,2 m x 7,8 m.

3. Sistem Pencahayaan

Di kamar operasi pencahayaan harus menggunakan lampu pijar putih yang mudah dibersihkan. Lampu operasi memiliki kriteria khusus, seperti dapat diatur fokus dan arahnya, tidak menghasilkan panas, memberikan cahaya terang tanpa menyilaukan, serta tidak menciptakan bayangan. Tingkat pencahayaan umumnya berkisar antara 300-500 lux, sementara pada meja operasi mencapai 10.000-20.000 lux.

4. Sistem Ventilasi

Ventilasi idealnya menggunakan sistem pendinginan udara sentral yang dilengkapi alat kontrol dengan filter (Ultra Clean Laminar Airflow). Sistem ini bekerja dengan memompa udara segar ke kamar operasi dan mengeluarkan udara dari dalam ruangan.

5. Suhu dan Kelembaban

Di daerah tropis suhu kamar operasi idealnya berkisar antara 19°-22°C, sedangkan suhu di wilayah lain berkisar 20°-24°C dengan tingkat kelembapan sekitar 55% (rentang 50-60%).

6. Sistem Gas Medis

Gas medis idealnya dipasang secara sentral menggunakan sistem perpipaan untuk mencegah risiko akumulasi gas yang banyak akibat

kebocoran. Pipa gas harus diberi warna berbeda untuk mempermudah identifikasi.

7. Sistem Listrik

Kamar operasi sebaiknya dilengkapi dengan dua jenis tegangan listrik, yaitu 110 volt dan 220 volt, untuk mendukung berbagai peralatan yang memerlukan tegangan berbeda. Setiap saklar listrik harus dipasang pada ketinggian 1,40 meter dari permukaan lantai.

8. Sistem Komunikasi

Sistem komunikasi sangat penting terutama untuk mempermudah koordinasi dalam situasi darurat di kamar operasi.

9. Peralatan

- a. Semua peralatan harus dilengkapi roda untuk memudahkan pemindahan dan pembersihan di kamar operasi.
- b. Peralatan harus berbahan stainless steel agar mudah dibersihkan dan tahan lama.
- c. Peralatan elektrik harus dilengkapi petunjuk penggunaan yang terpasang pada alat untuk memudahkan operasional.

10. Pintu

- a. Pintu untuk pasien masuk dan keluar wajib dibuat terpisah.
- b. Pintu masuk dan keluar untuk petugas juga wajib memiliki jalur berbeda.
- c. Seluruh pintu sebaiknya dilengkapi dengan *door closer* sesuai kondisi.

- d. Setiap pintu harus dilengkapi dengan kaca intip untuk memantau aktivitas di dalam ruang operasi dan tidak perlu pintu dibuka.

11. Pembagian Area

- a. Area bebas, semi-ketat, dan ketat harus dipisahkan dengan jelas.
- b. Tersedia ruang khusus untuk penerimaan pasien antara perawat ruangan dengan perawat ruang operasi (Kemenkes RI, 2012).

2.6. Penelitian Terkait

Tabel 2. 1 Penelitian Terkait Peran *Surgical Safety Checklist* dalam Peningkatan Keselamatan dan Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Bedah Sentral RSI Aisyiyah Malang

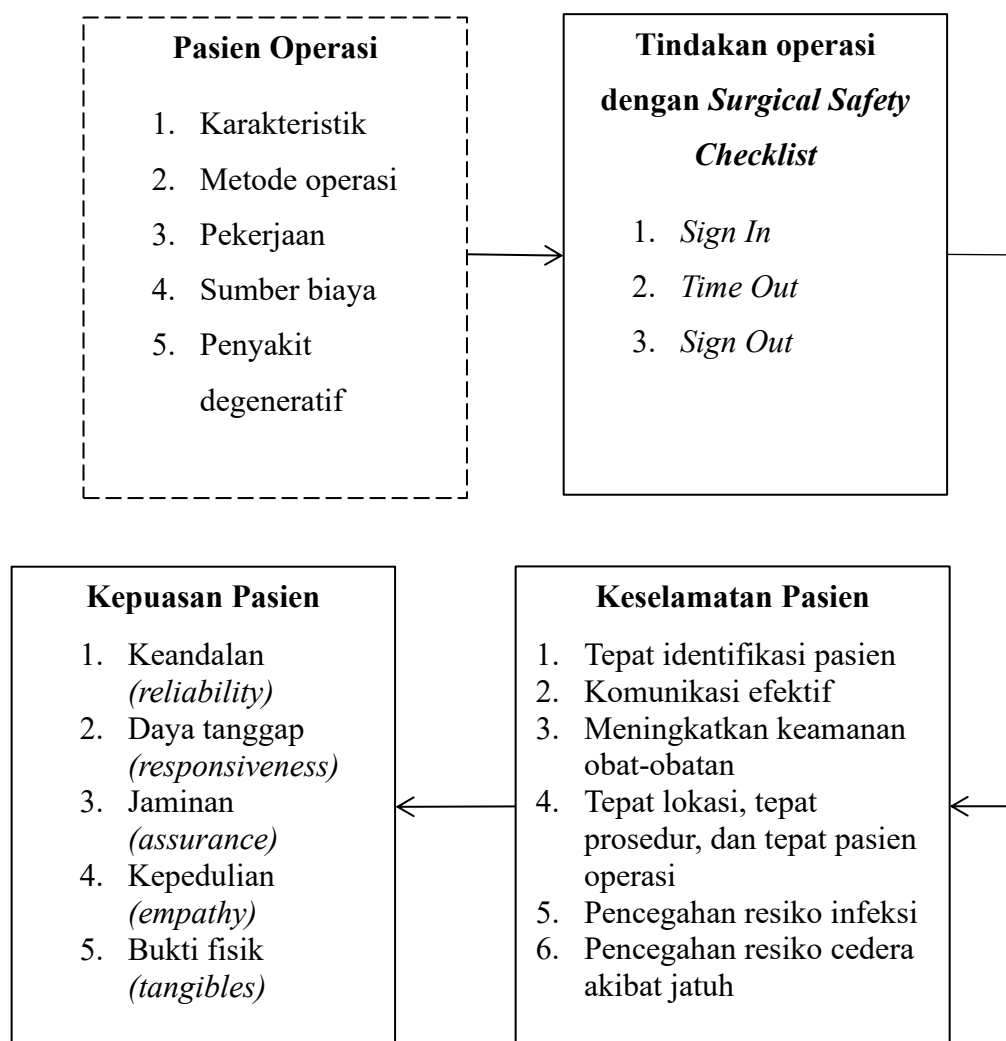
Judul Penelitian	Penulis	Tahun	Hasil Penelitian
Rekomendasi untuk Meningkatkan Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di Kamar Bedah	Juliana Sandrawati & Stefanus Supriyanto	2014	Kepatuhan terhadap penerapan SSC masih rendah (55,9%) karena belum ada kebijakan tertulis terkait keselamatan pasien dan kurangnya pemahaman tentang SPO penandaan sisi operasi. Meskipun budaya keselamatan di kamar bedah dinilai cukup baik, aspek manajemen dan pengenalan stres masih lemah, serta pengetahuan tentang SSC juga tergolong rendah (61%).
<i>Compliance with Surgical Safety Checklist Completion in the Operating Room of University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia</i>	Tadesse B. Melekia & Gashaw M. Getahun	2015	Kelengkapan <i>surgical safety checklist</i> tergolong memadai dan tingkat kepatuhan penggunaannya masih rendah yaitu 40% dari waktu operasional. Oleh karena itu, diperlukan pelatihan tambahan dan audit berkala untuk meningkatkan konsistensi penggunaan serta komunikasi tim bedah.
Determinan Faktor Kepatuhan Tim Bedah dalam Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> pada Pasien Bedah di	Sa'di Rasyid, Menap & Agus Supinganto	2023	Faktor yang berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan tim bedah dalam penerapan <i>surgical safety checklist</i> pada pasien bedah di Instalasi Bedah Sentral RSUD Provinsi NTB meliputi pengetahuan, sikap, motivasi, dan

Instalasi Bedah
Sentral

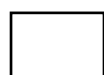
umur ($p\text{ value} < 0,05$). Sementara itu, faktor jenis kelamin, penghasilan, dan masa kerja tidak berpengaruh terhadap kepatuhan dengan nilai $p\text{ value} > 0,05$.

Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien pada Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap, dan Ruang Operasi di Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung	Ade Utia Detty	2020	Diketahui adanya perbedaan tingkat kepuasan pasien, di mana 48,6% pasien di unit rawat inap merasa puas, sementara di unit rawat inap dan kamar operasi tingkat kepuasan masing-masing mencapai 54,3%.
Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kamar Bedah Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar	Hasmaul Husna Amin, dkk.	2022	Secara umum hasil kepuasan menunjukkan bahwa 26 responden (55,3%) sangat puas, 15 responden (31,9%) puas, 3 responden (6,4%) cukup puas, dan 3 responden (6,4%) tidak puas terhadap pelayanan di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar.

2.7. Kerangka Teori

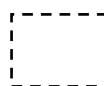


Keterangan:



: Diteliti

—> : Ada hubungan



: Tidak diteliti

Gambar 2. 2 Kerangka Teori Peran *Surgical Safety Checklist* dalam Peningkatan Keselamatan dan Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Bedah Sentral RSI Aisyiyah Malang

2.8.Hipotesis

Hipotesis merupakan dugaan sementara yang didasarkan pada aturan tertentu terkait fenomena atau topik penelitian selanjutnya akan diuji dengan metode atau statistika yang relevan (Yam & Taufik, 2021). Hipotesis dalam penelitian ini:

1. H_{01} : Tidak ada peran *surgical safety checklist* dengan peningkatan keselamatan pasien.
2. H_{02} : Tidak ada peran *surgical safety checklist* dengan tingkat kepuasan pasien.
3. H_{a1} : Ada peran *surgical safety checklist* dengan peningkatan keselamatan pasien.
4. H_{a2} : Ada peran *surgical safety checklist* dengan tingkat kepuasan pasien.