

Implementation of the Surgical Safety Checklist in Central Surgical Unit of Santo Antonius Hospital Pontianak

Dini Ivoni Chrisnawati^{1*}, Saurmian Sinaga², Berlyna Saragih³
Institut Kesehatan Immanuel Bandung

Corresponding Author: Dini Ivoni Chrisnawati diniivoni251@gmail.com

ARTICLE INFO

Keywords: Surgical Safety Checklist, Sign In, Time Out, Sign Out, Surgery

Received : 05, August

Revised : 10, September

Accepted: 15, October

©2023 Chrisnawati, Sinaga, Saragih: This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ABSTRACT

Surgical Safety Checklist (SSC) is a patient safety procedure in the form of a checklist created by WHO as the basis for actions carried out by the surgical team. The aim is to find out an overview of the Implementation of the Surgical Safety Checklist. This research is quantitative descriptive observational. Checklist sheet instrument. Sample of 69 surgical patients using accidental sampling technique. The results of more than half of the implementation of SSC, namely 41 operations (59.4%) were in the poor category because the surgical team was less consistent in carrying out SSC in each phase, namely more than half of the implementation of sign-in, 39 operations (56.5%) were insufficient, the implementation of time out was 35 surgery (50.7%) was lacking and the implementation of sign out was 45 operations (65.5%) lacking. Conclusion: The implementation of the Surgical Safety Checklist in the Central Surgical Unit at Santo Antonius Hospital Pontianak is in the poor category.

Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak

Dini Ivoni Chrisnawati^{1*}, Saurmian Sinaga², Berlyna Saragih³

Institut Kesehatan Immanuel Bandung

Corresponding Author: Dini Ivoni Chrisnawati diniivoni251@gmail.com

ARTICLE INFO

ABSTRAK

Keywords: Surgical Safety Checklist, Sign In, Time Out, Sign Out, Pembedahan

Received : 05, August

Revised : 10, September

Accepted: 15, October

©2023 Chrisnawati, Sinaga, Saragih: This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



Surgical Safety Checklist (SSC) adalah sebuah prosedur keselamatan pasien berupa *ceklist* yang dibuat oleh WHO sebagai dasar dari tindakan yang dilakukan oleh tim bedah. Tujuan untuk mengetahui gambaran Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*. Penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif *observasional*. Instrumen lembar *checklist*. Sampel 69 pasien pembedahan dengan tehnik *accidental sampling*. Hasil lebih dari setengah pelaksanaan SSC yaitu 41 pembedahan (59,4%) kategori kurang karena tim bedah kurang konsisten dalam melaksanakan SSC disetiap fasenya yaitu lebih dari setengah pelaksanaan *sign in* sebanyak 39 pembedahan (56,5%) kurang, pelaksanaan *time out* sebanyak 35 pembedahan (50,7%) kurang dan pelaksanaan *sign out* sebanyak 45 pembedahan (65,5%) kurang. Simpulan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak termasuk kategori kurang.

PENDAHULUAN

Surgical safety checklist atau disingkat SSC adalah sebuah prosedur keselamatan pasien berupa *ceklist* yang dibuat oleh WHO sebagai dasar dari tindakan yang dilakukan oleh tim bedah di kamar operasi (Manulu et al,2020). *Ceklist* tersebut berupa strategi komunikasi yang praktis dan sederhana untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien pra operasi, intra operasi, dan pasca operasi (Mafra & Rodrigues, 2018). WHO menetapkan penerapan *Surgical safety checklist* dalam tindakan operasi dibagi 3 tahap sesuai dengan alur waktu yang ditetapkan yaitu *sign in*, *time out* dan *sign out*, dimana ketiga tahapan tersebut merupakan suatu kesatuan yang tidak bisa dipisahkan (Manulu et al,2020).

Tahap *sign in* merupakan verifikasi sebelum dilakukan induksi anestesi, *time out* merupakan verifikasi sebelum insisi kulit dan *sign out* adalah sebelum area operasi ditutup, dan sebelum mengeluarkan pasien dari kamar operasi (Hipkabi, 2019). Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) menurut WHO dikaitkan dengan perbaikan penanganan keselamatan pasien pembedahan yang sesuai dengan standar proses keperawatan termasuk kualitas kerja tim perawat kamar operasi. Agar pelaksanaan *surgical safety checklist* menjadi optimal, dibutuhkan perawat kamar operasi yang konsisten dalam menerapkan setiap item yang terdapat dalam setiap tahapnya dan semua anggota tim harus menyadari perannya sehingga dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan keselamatan pasien.

Meskipun *Surgical Safety Checklist* diakui sangat penting dalam meningkatkan keselamatan pasien, namun dalam pelaksanaannya *Surgical Safety Checklist* dinilai masih tergolong rendah. Penelitian Dessi Natalia (2021) di Instalasi Bedah Sentral RS Talang Ubi dengan hasil penelitian pada 28 responden, ditemukan bahwa 26 responden (92,9%) melakukan penerapan *surgical safety checklist* tidak lengkap yaitu kurangnya konfirmasi penandaan daerah operasi pada fase *sign in*. Penelitian Risanti (2021) di Instalasi Bedah Sentral RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo menemukan bahwa hasil observasi pada beberapa kasus operasi pada fase *Time Out* poin mengkonfirmasi pemberian antibiotik profilaksis 60 menit sebelum insisi sering tidak dilakukan dengan benar.

Menurut penelitian Firdausi (2020), poin pemberian antibiotik profilaksis 60 menit sebelum operasi memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Penelitian Arif (2021) menemukan masalah yang sering tidak dilakukan selama fase *Sign Out* adalah konfirmasi hal penting yang harus diperhatikan untuk pemulihan pasien selanjutnya. Karlina (2018) menunjukkan bahwa sebagian besar tidak patuh mengisi item *sign out*. Kepatuhan terendah adalah pengisian waktu *sign out* (10,0%) dan diagnosis pasca operasi (16,7%). Datusanantyo (2020) mengatakan ada kendala unik saat menerapkan fase *sign out* karena perbedaan persepsi pada akhir operasi menurut dokter bedah, ahli anestesi, dan perawat (Jain, Sharma & Reddy, 2018).

Pada dasarnya penerapan *Surgical Safety Check List* menggambarkan perilaku keselamatan pasien yang dilaksanakan di kamar operasi. Rendahnya pelaksanaan *surgical safety checklist*, menunjukkan masih rendahnya kesadaran

perawat dalam melaksanakan budaya keselamatan pasien sehingga masih ada laporan insiden keselamatan pasien di kamar operasi. Menurut penelitian *University of Maryland Amerika* didapatkan tentang tindakan yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien di kamar operasi meliputi komplikasi infeksi (26%), terbakar (11%), komunikasi atau teamwork (6%), benda asing (3%), alur atau lalulintas ruang operasi (4%), salah pemberian obat (2%), kebisingan ruangan (2%), *ceklist* keselamatan operasi (1%), (Mafra & Rodrigues, 2018). Trisna mengutip dari Kompasiana (2016) kasus terkait dengan tindakan operasi di dunia yaitu *Donald Church di University of Washington Medical Center* mengalami tertinggalnya peralatan kesehatan (*retractor*) 4 sepanjang 33 cm di dalam perut.

Di Indonesia data tentang insiden keselamatan pasien di kamar operasi belum terdokumentasi dengan baik, namun beberapa peneliti menemukan insiden di beberapa rumah sakit. Disalah satu rumah sakit di Batam mendapat data insiden keselamatan pasien di kamar operasi tahun 2017 ada 2 kasus Kejadian Tidak Cidera, tahun 2018 1 kasus Kejadian Tidak Cidera, 1 kasus Kejadian alat tidak berfungsi, 2 kasus darah yang tidak terpakai dan tidak di simpan di bank darah, obat rupa sama dengan fungsi beda ditempatkan berjejer tanpa identitas. Kasus terkait tindakan operasi di Indonesia yaitu kassa tertinggal di ruang antara otot dan tulang, salah amputasi kaki (Media Online dalam Trisna, 2016).

Di Kalimantan Barat data insiden keselamatan pasien di kamar operasi belum terdokumentasi dengan baik, dikutip dari hasil observasi dalam penelitian (Gunawan, 2021) disalah satu RSUD di kota Pontianak pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* belum dilakukan secara optimal, masih ada bagian *checklist* yang kosong, tidak dilakukan secara verbal dan belum ada seorang koordinator *checklist*. Kepatuhan pengisian *Surgical Safety Checklist* masih rendah hanya 70% formulir SSC yang terisi lengkap.

Di Rumah Sakit Antonius Pontianak berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti pada Januari 2023 di Unit Bedah Sentral, *Surgical Safety Checklist* sudah dilakukan tetapi belum terlaksana dengan baik. Masih ditemukan koordinator *checklist* masih jarang melaksanakan konfirmasi *Checklist* secara verbal terutama pada fase *sign in* dan fase *sign out*. Sepanjang tahun 2022 – Februari 2023 ada 2 kasus kejadian yang tidak diharapkan, 2 kasus kejadian nyaris cidera dan 1 kejadian tidak cidera. Adanya laporan penemuan alat medis bercampur dengan alat tenun kotor di *Laundry* menunjukkan fase *sign out* tidak dilakukan dengan benar. Hasil audit dokumen tim pengumpulan data indikator mutu pada Januari 2023 *Surgical Safety Checklist* yang diisi lengkap hanya 72%, seharusnya sesuai dengan Permenkes no.1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien dan Komite Akreditasi Rumah Sakit (Kars) menuntut pelaksanaan *surgery safety checklist* di kamar operasi harus 100%.

TINJAUAN PUSTAKA

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa pasien, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan yang dilakukan dapat menyebabkan

komplikasi yang dapat membahayakan nyawa pasien (Potter, P.A, Perry, 2021). Untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi pembedahan memerlukan persamaan persepsi antara ahli bedah, anestesi, dan perawat yakni dengan menggunakan alat komunikasi yaitu *surgical safety checklist*.

Surgical Safety Checklist adalah *checklist* yang digunakan sebagai alat bantu dalam membuat asuhan pasien yang aman selama prosedur operasi dan mencegah terjadinya cedera (HIPKABI, 2019). Tujuan dari pelaksanaan pengisian *Surgical Safety Checklist*) adalah membantu tim agar konsisten mengikuti langkah keselamatan pasien, memandu interaksi *verbal* antar tim, upaya pencegahan terhadap kejadian yang tidak diharapkan yang berdampak terhadap keselamatan pasien, Hipkabi (2019).

Adapun penerapan *Surgical safety checklist* dibagi tiga fase yaitu pada fase *Sign In* dengan melakukan Konfirmasi identitas pasien, sisi pembedahan, persiapan mesin anestesi, pengecekan *pulse oximetri* dan fungsinya, konfirmasi alergi, resiko operasi dan resiko kehilangan darah. Langkah kerja fase time out adalah melakukan konfirmasi nama dan peran, memastikan identitas pasien, sisi pembedahan, prosedur pembedahan, pemberian antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit terakhir, danantisipasi peristiwa kritis.

Langkah kerja pada fase *Sign Out* yaitu *Review* pembedahan, Penghitungan instrumen, kasa, dan jumlah jarum, Pelabelan *specimen*, Konfirmasi masalah peralatan dan peninjauan rencana pemulihan dan pengelolaan pasien selanjutnya. Dalam implementasi SSC secara universal yakni penerapan konsep baru ke dalam praktik selalu merupakan tantangan. Akan ada beberapa orang yang cepat menyerap konsep tersebut, namun ada pula yang enggan. Implementasi yang efektif tidak hanya membutuhkan perubahan teknis tetapi juga perubahan budaya atau organisasi. Keberhasilan penerapan *surgical safety checklist* tergantung pada strategi yang digunakan untuk mengatasi hambatan dalam implementasi, menurut Jain, Sharma & Reddy (2018).

METODOLOGI

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain *deskriptif observasional*. Populasi adalah pasien pembedahan di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius dengan rata - rata pembedahan dalam 1 bulan adalah 236 pembedahan, berdasarkan rumus Slovin (margin error 10%) maka sampel sebanyak 69 pembedahan dengan *tehnik accidental sampling*. analisa data menggunakan rumus persentase. Instrumen penelitian ini adalah lembar ceklist SSC dari WHO. Data yang diperoleh akan diolah dan hasilnya akan dipaparkan dalam persentase tabel distribusi frekuensi dengan menggunakan rumus analisa univariat. Selanjutnya data diolah dengan bantuan komputerisasi.

HASIL PENELITIAN**Analisis Univariat**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak tahun 2023

Kategori Pelaksanaan	Frekuensi	Persentase
Kurang	41	59,4
Baik	28	40,6
Total	69	100

Sumber : Data Primer 2023

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan SSC di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak Tahun 2023 yaitu sebanyak 41 pembedahan (59,4%) termasuk kategori kurang.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Sign In* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak

Kategori Pelaksanaan	Frekuensi	Persentase
Baik	30	43,5
Kurang	39	56,5
Total	69	100

Sumber : Data Primer 2023

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan *Sign In* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak Tahun 2023 yaitu sebanyak 39 pembedahan (56,5%) termasuk kategori kurang.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Hasil Observasi Kegiatan Pelaksanaan *Sign In* Di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak

No	Pertanyaan	Tidak dilakukan	
		Frekuensi	Persentase
1	Mengkonfirmasi apakah identitas pasien, lokasi operasi, prosedur operasi dan <i>informed consent</i> sudah sesuai?	3	4,3
2	Mengkonfirmasi apakah lokasi operasi sudah ditandai	40	58
3	Mengkonfirmasi apakah mesin anestesi dan obat-obatan telah dicek kelengkapan ?	35	50,7
4	Mengkonfirmasi apakah <i>Oxymetri</i> terpasang pada pasien dan berfungsi?	8	11,6
5	Mengkonfirmasi apakah pasien mempunyai Alergi ?	32	46,4
6	Mengkonfirmasi Adakah kesulitan jalan napas atau risiko aspirasi	9	13,0
7	Mengkonfirmasi apakah Peralatan dan asisten tersedia?	3	4,3
8	Mengkonfirmasi adakah Risiko kehilangan darah > 500 cc (7 ml/kg BB pada anak)	36	52,2
9	Mengkonfirmasi apakah tersedia akses 2 IV	16	23

	dan cairan terencana ?		
--	------------------------	--	--

Sumber : Data Primer 2023

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan sign in tidak melakukan konfirmasi apakah lokasi operasi sudah ditandai sebanyak 40 pembedahan (58%), tidak melakukan konfirmasi adakah risiko kehilangan darah > 500 cc (7 ml/kg BB pada anak) sebanyak 36 pembedahan (52,2%) dan tidak melakukan konfirmasi apakah mesin anestesi dan obat-obatan telah dicek kelengkapannya sebanyak 35 pembedahan (50.7%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Time Out* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak

Kategori Pelaksanaan	Frekuensi	Persentase
Baik	34	49.3
Kurang	35	50.7
Total	69	100

Sumber : Data Primer 2023

Pada tabel 4. diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan *Time Out* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak Tahun 2023 yaitu sebanyak 35 pembedahan (50,7%) termasuk kategori kurang.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Hasil Observasi Kegiatan *Time Out* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak

No	Pertanyaan	Tidak dilakukan	
		Frekuensi	Persentase
1	Memastikan bahwa semua anggota tim sudah memperkenalkan diri	29	42,0
2	Memastikan bahwa semua anggota tim sudah memperkenalkan diri	4	5,8
3	Mengkonfirmasi apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan pada 60 menit terakhir ?	41	59,4
4	Mengkonfirmasi apakah kesterilan alat operasi sudah dipastikan (termasuk indikator hasilnya)	4	5,8
5	Mengkonfirmasi apakah ada peralatan yang perlu diperhatikan ?	1	1,4
6	Mengkonfirmasi Adakah gambaran visual yang ditampilkan ?	28	40,6

Sumber : Data Primer 2023

Berdasarkan tabel 5. diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan *time out* tidak melakukan konfirmasi apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan pada 60 menit terakhir sebanyak 41 pembedahan (59,4%).

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Sign Out* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak

Kategori Pelaksanaan	Frekuensi	Persentase
Baik	24	34,8
Kurang	45	65,2
Total	69	100%

Sumber : Data Primer 2023

Pada tabel 6 diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan *Sign Out* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak Tahun 2023 yaitu sebanyak 45 pembedahan (65,2%) termasuk kategori kurang.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Sign Out* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak

No	Pertanyaan	Tidak dilakukan	
		Frekuensi	Persentase
1	Perawat mengkonfirmasi secara verbal kelengkapan jumlah instrument	27	39,1
2	Perawat mengkonfirmasi secara verbal kelengkapan jumlah kasa	14	20,3
3	Perawat mengkonfirmasi secara verbal kelengkapan jumlah jarum	11	15,9
4	Perawat mengkonfirmasi secara verbal pemberian label pada spesimen (identitas lengkap)	16	23,2
5	Perawat mengkonfirmasi secara verbal apakah ada masalah pada alat selama operasi	19	27,5
6	Mengkonfirmasi apa yang perlu diperhatikan pada masa pulih sadar dan manajemen pasien di ruangan	43	62,3

Sumber : Data Primer 2023

Pada tabel 7 diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan *sign out* tidak melakukan konfirmasi apa yang perlu diperhatikan pada masa pulih sadar dan manajemen pasien di ruangan sebanyak 43 pembedahan (62,3%).

PEMBAHASAN

1. Pelaksanaan *surgical safety checklist*

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa dari 69 tindakan pelaksanaan *surgical safety checklist* ditemukan lebih dari setengah pelaksanaan SSC sebanyak 41 pembedahan (59,4%) termasuk kategori kurang. Hal ini disebabkan karena lebih dari setengah tim bedah kurang konsisten dalam melaksanakan *surgical safety checklist* pada setiap fasenya. Diperkuat dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa lebih dari setengah pelaksanaan SSC pada *sign in* yaitu sebanyak 39 pembedahan (56,5%) termasuk kategori kurang, lebih dari setengah pelaksanaan *time out* yaitu sebanyak 35 pembedahan (50,7%) termasuk kategori kurang dan lebih dari setengah pelaksanaan *sign out* yaitu sebanyak 45 pembedahan (65,5%) termasuk kategori kurang.

Selain itu berdasarkan hasil observasi peneliti lebih dari setengah perawat tidak menerapkan SSC dengan baik disebabkan karena ada beberapa hambatan yaitu kurangnya tenaga perawat jika ada personel yang libur dan operasi mulai serempak di 4 OK karena jumlah kebutuhan perawat untuk satu tim operasi adalah 2 - 3 orang tergantung jenis operasi. Pada saat tim bedah sudah siap untuk *time out*, perawat sirkulasi sebagai pemimpin *time out* masih belum selesai dalam mempersiapkan peralatan penunjang, seperti memasang selang suction, mengoneksikan peralatan listrik (kauter, bor, monitor dan kabel *light source*, mengatur letak lampu operasi, dan lain-lain. Multi peran perawat sirkulasi ini merupakan salah satu penyebab penerapan SSC kurang .

Petugas belum terbiasa (sering lupa) menyiapkan *ceklist* SSC saat di ruang penerimaan pasien sehingga saat serah terima pasien, perawat sering lupa melakukan konfirmasi *verbal* dan lupa melakukan pengisian pada bagian *sign in*. Akibatnya proses *sign in* sering terlewatkan.

Dokter terburu-buru, ada beberapa dokter yang kadang terburu-buru dalam melakukan operasi kadang - kadang dokter bedah menginstruksi kepada dokter anestesi untuk membius pasien dan mulai operasi sebelum anggota tim siap. Bila anggota tim bedah yang lain saling mendukung, maka tim akan mempunyai kekuatan dan keberanian untuk bicara sehingga dokter sabar menunggu sampai *time out* selesai dilaksanakan, baru mulai operasi. Kurang kesadaran akan pentingnya SSC, sebagian dokter dan perawat merasa tidak perlu menerapkan *surgical safety checklist* dan di anggap hanya sebagai pelengkap dokumentasi untuk akreditasi rumah sakit saja.

Hambatan komunikasi antara dokter dan perawat. Hirarki atau senioritas dalam tim bedah merupakan hambatan dalam komunikasi antara dokter dan perawat. Sikap dokter bedah konsultan/senior dengan dokter bedah junior dan perawat kamar bedah. Dokter bedah junior dan perawat junior cenderung menerima pelaksanaan *surgical safety checklist* daripada dokter bedah senior dan perawat bedah senior. Selain itu faktor psikologis dimana situasi yang tegang dan stres, membuat perawat sirkulasi tidak berani memimpin *time out*.

Penelitian ini sejalan dengan studi literatur yang dilakukan oleh Jain, Sharma & Reddy (2018) menyebutkan bahwa hambatan-hambatan dalam adopsi dan penerapan *surgical safety checklist* sebagai berikut yaitu hirarki di antara personil ruang operasi menjadi hambatan utama dalam keberhasilan penerapan *surgical safety checklist*, dianggap menunda mulai operasi dan mengganggu alur kerja karena dokter bedah dan tim harus melakukan *time out* sebelum dimulainya operasi, tim bedah menganggap *checklist* tidak perlu dilakukan secara rutin dan hanya menambah beban kerja, kurangnya pemahaman terhadap esensi akuntabilitas masing-masing anggota tim selama prosedur *checklist* sehingga sebagian besar penyedia layanan kesehatan tidak menganggap *surgical safety checklist* sebagai alat penting dalam upaya memastikan keselamatan pasien melalui kerja tim dan komunikasi yang lebih baik, melainkan menganggapnya sebagai latihan yang biasa dilakukan.

Fourcade et al (2012) mengidentifikasi beberapa hambatan organisasi dalam implementasi *surgical safety checklist* seperti komunikasi yang buruk

antara anestesi dan ahli bedah, kurangnya kepemimpinan, waktu yang tidak tepat untuk memeriksa suatu item, waktu yang terbuang untuk menyelesaikan, dan kesulitan dalam mengidentifikasi peran dan tanggung jawab setiap anggota tim. Tantangan atau Hambatan dalam implementasi ssc secara universal yaitu penerapan konsep baru ke dalam praktik selalu merupakan tantangan. Akan ada beberapa orang yang cepat menyerap konsep tersebut, namun ada pula yang enggan. Implementasi yang efektif tidak hanya membutuhkan perubahan teknis tetapi juga perubahan budaya atau organisasi.

Menurut peneliti pelaksanaan *surgical safety checklist* termasuk kategori kurang karena penerapan *surgical safety checklist* pada fase *sign in*, *time out* dan *sign out* belum optimal dan kurang konsisten ditambah dengan ada beberapa hambatan dalam pelaksanaannya karena perawat sirkulasi yang menjadi koordinator checklist harus menjalankan multi peran. petugas belum terbiasa (sering lupa) menyiapkan *ceklis* SSC saat di ruang penerimaan pasien sehingga saat serah terima pasien perawat sering lupa melakukan konfirmasi *verbal* dan melakukan pengisian pada bagian *sign in*.

Dokter terburu-buru, ada beberapa dokter yang kadang terburu-buru dalam melakukan operasi kadang – kadang dokter bedah menginstruksi dokter anestesi untuk membius pasien dan mulai operasi sebelum anggota tim siap, kurang kesadaran pentingnya SSC, hirarki atau senioritas dalam tim bedah merupakan hambatan dalam komunikasi antara dokter dan perawat dan faktor psikologis dimana situasi yang tegang dan stress. Mengingat bahwa *surgical safety checklist* diterbitkan WHO untuk dapat diadaptasi secara universal dan telah terbukti bermanfaat, maka penerapannya harus dilakukan secara optimal. Perlu menjadi perhatian serius bahwa *surgical safety checklist* harus menjadi budaya keselamatan pasien yang disadari seluruh tim kamar operasi dan bukan hanya sekedar tugas mengisi ceklis semata.

2. Pelaksanaan fase *sign in*

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa dari 69 tindakan pelaksanaan SSC Fase *Sign In* ditemukan lebih dari setengah pelaksanaan *sign in* sebanyak 39 pembedahan (56,5%) termasuk kategori kurang. Hal ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah perawat yang melaksanakan *surgical safety checklist* (SSC) fase *sign in* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak termasuk kategori kurang. Hal ini disebabkan karena tim bedah yang menjadi responden dalam penelitian ini kurang konsisten melakukan setiap poin kegiatan yang terdapat dalam (fase) SSC *sign in*. Dimana hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti pada observasi I, II,III menunjukkan hasil yaitu dari 69 pelaksanaan SSC fase *sign in* ditemukan lebih dari setengah pelaksanaan *sign in* tidak melakukan konfirmasi penandaan lokasi operasi sebanyak 40 pembedahan (58%). Responden tersebut hanya melakukan pengecekan kembali terhadap rekam medis pasien dan informed consent serta melihat dari gambaran visual yang ditayang. Padahal konfirmasi penandaan lokasi operasi penting dilakukan untuk mencegah terjadinya operasi salah sisi, salah orang dan salah prosedur sebagai upaya meningkatkan keselamatan pasien pembedahan.

Lebih dari setengah pelaksanaan *sign in* tidak melakukan pengecekan persiapan mesin anestesi dan kelengkapan obat-obatan sebanyak 35 pembedahan (50,7%). Responden tersebut hanya menghubungkan mesin anestesi kelistrikan dan menghidupkannya tetapi tidak mengecek pengaturannya sudah sesuai atau belum. Padahal konfirmasi pengecekan persiapan mesin anestesi dan kelengkapan obat-obatan penting dilakukan untuk memastikan keselamatan pasien selama pembiusan. Lebih dari setengah pelaksanaan *sign in* tidak melakukan konfirmasi adakah risiko kehilangan darah dan ketersediaan darah sebanyak 36 pembedahan (52,2%). Responden tersebut hanya melakukan konfirmasi ketersediaan darah dengan perawat ruang perawatan saat serah terima pasien, tetapi sering tidak mengkonfirmasi ketersediaan darah kepada dokter anestesi. Manfaat melakukan konfirmasi resiko kehilangan dan ketersediaan darah adalah agar persiapan tindakan kritis dapat segera dilakukan dengan perencanaan yang baik sebelum operasi dan melakukan resusitasi cairan saat pembedahan berlangsung.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Saputra, Rosa (2020) yang melakukan penelitian di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta II dan menemukan bahwa pengisian *Surgical Safety Checklist* pada fase *sign in* termasuk kategori tidak patuh. Karena masih didapat penerapan *Surgical Safety Checklist* yang belum sesuai standar WHO, pemasangan gelang identitas pada pasien *emergency* masih sering tidak dilakukan, dan banyak tindakan operasi yang tidak dilakukan penandaan oleh dokter operator.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dessi Natalia (2021) di Instalasi Bedah Sentral RS Talang Ubi Sumatera Selatan. Dengan hasil penelitian yang dilakukan pada 28 responden, ditemukan bahwa 26 responden (92,9%) melakukan penerapan *surgical safety checklist* tidak lengkap. Kurangnya konfirmasi penandaan daerah operasi pada fase *sign in*. Meskipun dokter operator bertanggung jawab untuk melakukan penandaan pada daerah operasi, tetapi perawat memiliki wewenang untuk mengingatkan dokter operator untuk melakukan penandaan pada daerah operasi. Karena jika ini tidak dilakukan, akan berpotensi untuk terjadi operasi dilakukan pada pasien yang salah, dengan prosedur bedah yang salah, dan di lokasi yang salah karena komunikasi yang tidak efektif antar anggota tim bedah, kurang melibatkan pasien dalam melakukan penandaan daerah operasi, kurangnya prosedur untuk mengkonfirmasi lokasi operasi, dan tidak melakukan verifikasi lokasi operasi pada asesmen dan rekam medis (WHO, 2009).

Dan pada penelitian ini juga menemukan bahwa pada karakteristik responden berdasarkan lama kerja lebih dari setengah responden bekerja >10 tahun sebanyak 15 responden (65,2%), yang artinya lebih dari setengah responden merupakan perawat yang sudah lama bekerja di kamar operasi. Menurut Edzha (2018) lama masa bekerja berhubungan signifikan dengan persepsi perawat terhadap budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit. Masa kerja yang lama disuatu tempat atau suatu bagian bisa menjadi pencetus kejenuhan perawat untuk bekerja di tempat atau bagian tersebut. Kejenuhan yang terjadi pada perawat dapat membuat perawat menjadi pasif dalam menyikapi hal baru, tidak antusias dan berpengaruh terhadap penerapan

budaya keselamatan pasien salah satunya adalah pelaksanaan *Surgical safety checklist*. Swastikarini (2018) mengatakan kecenderungan perawat pelaksana dengan masa kerja > 5 tahun kurang baik dalam melakukan ketepatan identifikasi pasien dikarenakan sudah terbiasa melakukan identifikasi pasien dengan kebiasaan lama.

Secara teori menurut HIPKABI (2019) *Sign in* adalah langkah kerja yang dilakukan sebelum pelaksanaan induksi anestesi. Langkah - langkah pelaksanaan *Sign In* adalah konfirmasi identitas pasien, konfirmasi sisi pembedahan, melakukan konfirmasi persiapan mesin anestesi dan pembedahan, pengecekan pulse oximetri dan fungsinya, melakukan konfirmasi alergi pada pasien, dan konfirmasi resiko operasi dan resiko perdarahan. Peran perawat dalam pelaksanaan *sign in* adalah melakukan *sign in* sesuai dengan langkah kerja pelaksanaan (WHO, 2019) sebagai upaya meningkatkan keselamatan pasien selama prosedur pembedahan, mencegah terjadi kesalahan lokasi operasi, prosedur operasi serta mengurangi komplikasi akibat pembedahan dengan cara melakukan *sign in* sesuai prosedur. Perawat memiliki peran penting dalam perencanaan dan penerapan *surgical safety checklist* (Tostes, 2019).

Berdasarkan pemaparan teori dan hasil penelitian ini, menurut analisa peneliti bahwa pelaksanaan *surgical safety checklist* (SSC) pada fase *sign in* termasuk kategori kurang dikarenakan tim bedah yang melaksanakan penerapan *sign in* kurang konsisten dalam melakukan setiap poin kegiatan yang terdapat dalam fase *sign in* tersebut, lebih dari setengah perawat sudah lama bekerja di kamar operasi bahkan >10 tahun sehingga perawat merasa jenuh dengan rutinitas membuat perawat menjadi pasif dalam menyikapi hal - hal baru, tidak antusias dan cenderung melakukan sesuatu sesuai kebiasaan lama sehingga terjadi perbedaan persepsi perawat terhadap budaya keselamatan pasien dan penerapan *Surgical safety checklist*. Lama kerja merupakan pengalaman individu yang dijadikan dasar untuk penerapan *Surgical safety checklist fase sign in*.

3. Pelaksanaan fase time out

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa dari 69 tindakan pelaksanaan SSC *Fase time out* lebih dari setengah pelaksanaan SSC *fase time out* sebanyak 35 pembedahan (50,7%) termasuk kategori kurang. Ini berarti bahwa lebih dari setengah perawat yang melaksanakan *surgical safety checklist* (SSC) *fase time out* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak termasuk kategori kurang. Hal ini disebabkan karena lebih dari setengah responden yang melakukan SSC *fase time out* kurang konsisten melakukan setiap poin kegiatan yang terdapat dalam *fase time out* sehingga hanya berfokus melakukan konfirmasi pada peralatan yang perlu diperhatikan, memastikan kesterilan alat operasi, memastikan bahwa nama pasien, prosedur dan lokasi insisi yang akan dilakukan sudah benar. Akan tetapi lebih dari setengah pelaksanaan *time out* tidak melakukan konfirmasi pemberian antibiotik profilaksis pada 60 menit terakhir sebanyak 41 pembedahan (59,4%). Akibatnya antibiotik diberikan setelah operasi padahal pemberian antibiotik profilaksis pada 60 menit terakhir tidak kalah penting dengan poin kegiatan lain dalam *fase time out*.

Karena antibiotik profilaksis berguna untuk mengurangi risiko kejadian infeksi pasca operasi. Sehingga jika tidak dilakukan berpotensi terjadi kejadian infeksi pasca operasi (Amiruddin et al. 2018). Keberhasilan dalam pelaksanaan *Time Out* ini merupakan tanggungjawab semua tim bedah dan tentu harus ada komitmen serta kedisiplinan dari semua tim bedah dalam menjalankan kebijakan yang telah diterapkan oleh instansi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan dilakukan oleh Risanti (2021) di Instalasi Bedah Sentral RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo. Yang menemukan bahwa hasil observasi pada beberapa kasus operasi, pada *Fase Time Out* poin mengkonfirmasi pemberian antibiotik profilaksis 60 menit sebelum insisi sering tidak dilakukan dengan benar, Akibatnya, antibiotik baru diberikan di ruang operasi, sehingga jarak waktu antara pemberian antibiotik dengan dilakukan insisi tidak sampai 60 menit. Menurut penelitian Firdausi (2020), poin pemberian antibiotik profilaksis 60 menit sebelum operasi memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Tujuan pemberian antibiotik profilaksis diberikan sebelum operasi adalah untuk mencegah infeksi pada luka operasi.

Pada penelitian ini juga didapatkan sebagian besar responden Pendidikan D3 sebanyak 21 orang (91,3%). Sejalan dengan penelitian Suryathi (2020) dengan hasil pengelompokan status pendidikan responden dalam penelitian ini sebagian besar responden berpendidikan D3 Keperawatan. Tingkat Pendidikan seseorang mempengaruhi pengetahuan. Menurut Notoatmodjo, 2012 dalam Suryathi (2021) tingkat Pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka seseorang telah mengalami proses belajar yang lebih sering, dengan kata lain tingkat pendidikan mencerminkan intensitas terjadinya proses belajar. Menurut Edzha (2018) kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka perawat semakin memiliki persepsi yang kuat terhadap keselamatan pasien. Perawat harus meningkatkan diri dengan mengikuti pendidikan yang berkelanjutan yaitu pendidikan formal dan pelatihan, workshop & seminar karena profesi perawat membutuhkan pembelajaran yang terus menerus. Hal ini dikarenakan faktor pendidikan akan berpengaruh terhadap kemampuan dan perilaku seseorang dalam bekerja terhadap budaya keselamatan pasien yaitu pelaksanaan *surgical safety checklist*.

Time out merupakan langkah kerja yang dilakukan perawat di kamar bedah sebelum dilakukan tindakan insisi kulit oleh dokter bedah. Langkah pelaksanaan *time out* (WHO, 2019) adalah : konfirmasi nama dan peran anggota tim, memastikan kembali identitas pasien, sisi yang akan dibedah, dan prosedur pembedahan secara lisan kepada seluruh anggota tim bedah, memastikan antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit terakhir, mendiskusikan secara cepat antara ahli bedah, ahli anestesi, dan perawat terkait bahaya kritis dan rencana selama pembedahan, memastikan peralatan sterilitas peralatan yang akan digunakan termasuk indikator steril, mengkonfirmasi apakah foto penunjang perlu ditampilkan atau tidak. Pada fase *time out* ini semua mengkonfirmasi secara *verbal* unsur - unsur penting dari perencanaan operasi

secara bergiliran sesuai panduan pada *checklist*. Semua anggota tim harus menyadari perannya sehingga dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan keselamatan pasien. Semakin baik komunikasi dan kerja sama tim dalam operasi akan mencapai keberhasilan yang lebih baik, serta mampu mengurangi kejadian yang tidak diharapkan (KTD) secara signifikan (Risanti, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang sudah diuraikan tersebut menurut analisa peneliti bahwa pelaksanaan SSC *fase time out* termasuk kategori kurang dikarenakan responden yang melakukan SSC *fase time out* kurang konsisten melakukan setiap poin kegiatan yang terdapat dalam *fase time out*, kurang komitmen serta kedisiplinan dari semua tim bedah dalam menjalankan kebijakan, tingkat Pendidikan baik pendidikan formal maupun informal (pelatihan, seminar & *workshop* tentang keselamatan pasien) karena jika seseorang telah mengalami proses belajar yang lebih sering akan mempengaruhi pengetahuan, kemampuan, komunikasi efektif dan perilaku seseorang dalam bekerja terhadap budaya keselamatan pasien yaitu pelaksanaan *surgical safety checklist*.

4. Pelaksanaan *fase sign out*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah pelaksanaan SSC *Fase Sign Out* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak yaitu sebanyak 45 pembedahan (65,2%) termasuk kategori kurang. Pernyataan ini diperkuat dari hasil observasi peneliti ditemukan pada pelaksanaan *sign out* sebagian besar responden tidak melakukan konfirmasi apa yang perlu diperhatikan pada masa pulih sadar dan manajemen pasien di ruangan sebanyak 43 pembedahan (62,3%). Hal ini karena perawat bedah yang melaksanakan SSC *fase sign out* lebih memprioritaskan pada penghitungan kelengkapan jumlah jarum, kelengkapan jumlah kasa, kelengkapan jumlah instrumen dan pemberian label pada spesimen operasi serta evaluasi peralatan yang telah dipakai sehingga konfirmasi apa yang perlu diperhatikan pada masa pulih sadar dan manajemen pasien di ruangan sering terlewatkan dan lebih banyak dibebankan menjadi tanggungjawab anastesi dan perawat anastesi yang sedang fokus membangunkan pasien.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saefulloh (2020) menemukan bahwa penerapan penerapan *surgery patient safety fase sign out* berdasarkan dokumentasi, 71,9% termasuk dalam kategori tidak sesuai standar. Kemampuan yang tidak memenuhi standar ini bisa jadi karena ada perawat yang beranggapan perawatan pasca operasi terutama dalam menerapkan *surgery patient safety fase sign out* bukan prioritas dan masih menganggap itu adalah hal rutin sehingga hal-hal terkait SOP yang sudah ada di *check list* keselamatan pasien sebagai standar kualitas pelayanan kesehatan khususnya penatalaksanaan pasien pasca operasi di Ruang Operasi Rumah Sakit terkadang diabaikan.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Arif dari tahun 2021, yang menemukan bahwa masalah yang sering tidak dilakukan selama *Fase Sign Out* adalah konfirmasi hal penting yang harus diperhatikan untuk pemulihan pasien selanjutnya. *Surgery Patient Safety Fase Sign Out*, yang digunakan untuk

melakukan tindakan keselamatan pasien di ruang operasi, dapat meningkatkan keselamatan pasien sebelum meninggalkan ruang operasi dan dapat meningkatkan mutu pelayanan pasien (Hermawan et al., 2014). Kurangnya implementasi Koordinator *surgical Safety Checklist*, tidak dilkukan konfirmasi *verbal* dan kurangnya kesadaran perawat akan pelaksanaannya namun sudah didokumentasikan dalam rekam medis pasien adalah penyebab ketidakpatuhan perawat ruang operasi di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi.

Penelitian Karlina (2018) menunjukkan bahwa sebagian besar tidak patuh mengisi item *sign out*. Kepatuhan terendah adalah pengisian waktu *sign out* (10,0%) dan diagnosis pasca operasi (16,7%). Hal ini berkaitan dengan evaluasi kesadaran pasca operasi yang dianggap kurang penting. Meskipun telah melewati masa kritis pada keselamatan pasien, ahli bedah, ahli anestesi, dan perawat harus meninjau kembali masalah utama apa yang harus diperhatikan untuk penyembuhan dan manajemen pasien selanjutnya. Menurut Vogts, (2011 dalam Karlina 2018) *domain Sign Out* hampir selalu diabaikan, sehingga dapat meningkatkan risiko kelalaian dalam perawatan pasca operasi. Datusanantyo (2020) mengatakan ada kendala unik saat menerapkan *fase sign out* karena perbedaan persepsi pada akhir operasi menurut dokter bedah, ahli anestesi, dan perawat (Jain, Sharma & Reddy, 2018). Dengan demikian *sign out* tidak mendapatkan perhatian penuh dari seluruh tim operasi.

Sign out adalah langkah kerja yang dilakukan oleh salah satu anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat) sebelum penutupan luka. Langkah-langkah pelaksanaan *Sign Out* (WHO, 2019), adalah mengkonfirmasi dengan ahli bedah dan tim prosedur yang telah dilakukan, dapat dilakukan dengan pertanyaan, menghitung kelengkapan instrumen, jarum dan kasa dan pelabelan specimen hasil operasi, dan konfirmasi masalah peralatan di kamar operasi yang bersifat universal. Dampak tidak dilaksanakannya fase ini adalah dikhawatirkan timbulnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), mengganggu kelancaran operasi bahkan membahayakan pasien yang dilakukan operasi, tidak adanya komunikasi yang baik antara perawat kamar operasi dengan perawat di bangsal yang berakibat pada terganggunya asuhan keperawatan serta mengurangi mutu pelayanan kesehatan yang diberikan.

Peneliti menyimpulkan bahwa pelaksanaan *SSC Fase Sign Out* di Unit Bedah Sentral Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak termasuk kategori kurang dikarenakan adanya perbedaan persepsi pada waktu selesai operasi menurut dokter bedah, dokter anestesi, dan perawat. Pada saat operasi selesai, dokter bedah terkadang sudah meninggalkan ruangan operasi untuk mengisi laporan di ruangan lain atau beristirahat sebelum operasi berikutnya. Pada saat bersamaan, perawat kamar bedah sibuk untuk mengurus sampel jaringan operasi dan pemberian label pada spesimen

operasi, mengumpulkan dan menghitung kembali kelengkapan instrumen dan mulai membersihkannya. Sementara itu, dokter anestesi dan perawat anestesi berada pada saat-saat yang kritis membangunkan pasien dan

membuat asesmen untuk rencana pasca operasi. Dengan demikian *sign out* tidak mendapatkan perhatian penuh dari seluruh tim operasi.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

1. Hasil penelitian ini diketahui lebih dari setengah pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC) yaitu sebanyak 41 pembedahan (59,4%) termasuk kategori kurang.
2. Hasil penelitian ini diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan *sign in* yaitu sebanyak 39 pembedahan (56,5%) termasuk kategori kurang.
3. Hasil penelitian ini diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan *time out* yaitu sebanyak 35 pembedahan (50,7%) termasuk kategori kurang.
4. Hasil penelitian ini diketahui bahwa lebih dari setengah pelaksanaan *Sign Out* yaitu sebanyak 45 pembedahan (65,2%) termasuk kategori kurang.

Saran yang dapat penulis sampaikan kepada beberapa pihak adalah :

1. Bagi Institut Pendidikan
Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi untuk bahan pembelajaran atau pembandingan bagi mahasiswa di institusi Pendidikan untuk menyelesaikan tugas terkait *Surgical Safety Checklist*.
2. Bagi institusi Rumah Sakit Santo Antonius Pontianak
Mengadakan pelatihan pasien *safety* kepada semua perawat secara bergiliran.
3. Bagi perawat kamar bedah
 - a. Mengikuti sertakan seminar/webinar/workshop tentang penerapan *surgical safety checklist* untuk memperkuat persepsi budaya keselamatan pasien operasi.

Kepala Unit melakukan supervisi, monitoring dan evaluasi setiap bulan dengan harapan kedepannya mampu meningkatkan penerapan *surgical safety checklist* yang baik secara konsisten.

PENELITIAN LANJUTAN

Untuk Peneliti selanjutnya disarankan untuk memodifikasi atau menambah variabel dan instrumen penelitian sehingga menghasilkan hasil yang lebih bervariasi yaitu variabel supervisi, motivasi, manajemen.

DAFTAR PUSTAKA

- Adventus MRL, SKM., M.Kes, Jaya, M.Kes, I. M., & Mahendra, S.Kep, N. (2019).
BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN. Jakarta: BMP.UKI.
- Amiruddin, Emilia, O., Prawitasari, S., & Prawirodihardjo, L. (2018). Hubungan Kepatuhan Tim Bedah Dalam Penerapan Surgery Safety Checklist (SSC) Dengan Infeksi Luka Operasi Dan Lama Rawat Inap Pada Pasien Sektio Sesarea Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Barr . *Jurnal Kesehatan Reproduksi Vol 5 No.3* , 145 - 158.
- Apipudin, A., Marliany, H., & Nandang, A. (2017). Penatalaksanaan Persiapan Pasien Preoperatif Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan , Volume 13 No. 1*, 35 - 41.
- Apriana, R., Astuti, W., & Dedy, Y. (2016). Hubungan beban Kerja Dengan Kepatuhan Pengisian Surgical Patient Safety Checklist Pada Perawat Di Ruang Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit ST Elisabeth Semarang. *Mers Widya Husada*, 1 - 10.
- Arif , T. (2021). Hubungan Tingkat Stress Kerja Perawat Dengan Pelaksanaan Surgical Safety checklist Di Kamar Operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*.
- Aspuah, S. (2017). *Kumpulan Kuisioner Dan Instrumem=nt Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Datusanantyo, d. A. (2020). Penerapan Surgical Safety Checklist dan Tantangannya. *Mutu Pelayanan Kesehatan*.
- Ezdha, A. U. (2018). Kontribusi Karakteristik Perawat Yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Kelas C Jakarta Selatan. *Jurnal Keperawatan Abdurrah*.
- Firdausi, A., Dewi, A., & Susanto. (2020). Pengaruh Akreditasi Rumah Sakit Dalam Perubahan Tingkat Kepatuhan Pengisian Surgical Safety

- Checklist Di RS Nur Hidayah. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 258 - 262.
- HIPKABI, P. (2019). *Buku Panduan Dasar-Dasar Keterampilan Bagi Perawat Kamar Bedah*. Jakarta: HIPKABI Press Jakarta.
- Irmawati, N. E., & Anggorowati. (2017). SURGICAL CHEKLIST SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN PATIENT SAFETY. *Journal of Health Studies*, Vo. 1, No.1, 40-48.
- Klase, S., Pinzon, R. T., & Meliala, A. (2016). Penerapan Surgical Safety Checklist WHO Di RSUD Jaraga Sasameh Kabupaten Barito Selatan. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana Vol 1 No. 3*, 173 - 182.
- Manalu, N. V., Munandar, A., Susanti, E., Fitriana, Y., Lestari , N. K., Krowa, Y. R., . . . Setyorini, D. (2020). *KEPERAWATAN PERIOPERATIF DAM MEDIKAL BEDAH*. : Bandung: Media Sains Indonesia.
- Marzuki, SKM, M.Kes, D. S., Abadi, SKM, M.Kes, M. Y., Rahmadani, SKM, M.Kes, S., Fajrin, SKM, M.K.M, M. A., Juliarti, SKM, R. E., & Pebrianti HR, SKM. (2021). *Analisis Kepatuhan Penggunaan Masker Dalam Pencegahan Covid-19 Pada Pedagang Pasar Tradisional Di Propinsi Sulawesi Selatan*. Jawa Timur: Uwais Inspirasi Indonesia.
- Natalia, D. (2021). Hubungan Tingkat Pendidikan Dan Lama Kerja Pegawai Dengan Penerapan Surgical Safety Checklist Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Talang Ubi Kabupaten Pali. *rama.binahusada.ac.id*.
- Nurhayati, S., & Suwandi. (2019). Kepatuhan Perawat Dalam Implementasi Surgical Safety Checklist Terhadap Insiden Keselamatan Pasien Ponek di Rumah sakit Semarang. *Jurnal Smart Keperawatan*, 59-64.
- Purwanti, N., Saputra, C., Guna, S. D., Azhar, B., Malfasari, E., & Pratiwi, P. I. (2022). FAKTOR PENERAPAN SURGICAL SAFETY CHEKLIST DI KAMAR OPERASI. *Jurnal Keperawatan Vol 14 No. 1*, 291 - 300.

- Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, S. M. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Purwanti, N., Saputra, C., Guna, S. D., Azhar, B., Malfasari, E., & Pratiwi, P. I. (2022). Faktor Penerapan Surgical Safety Checklist Di Kamar Operasi. *Jurnal Keperawatan Vol. 14 No. 1*.
- Rachmawaty, R., Yusuf, S., & Karniawan, W. (2020). Penerapan Check List Keselamatan Bedah WHO: Literatur Review. *Jurnal Ilmiah Keperawatan* , 252 - 260.
- Risanti, D. R., Purwanti, E., & Novyriana, E. (2021). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Surgical Safety Checklist Di Instalasi Bedah Sentral. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 80 - 91.
- Saefulloh, Prabowo , R. K., & Setiana, A. (2020). Penerapan Surgery Patient Safety Fase Sign Out Pada Pasien Pembedahan Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Indramayu. *Jurnal Kesehatan Indra Husada Vol 8 No. 2*, 255 - 266.
- Saputra, A. F., & Rosa, E. M. (2020). Pengisian Sign In Dalam Meningkatkan Kepatuhan Safe Surgery Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta II. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 1 - 21.
- Simbolon, MAN, D., Zaenab, M.Kep, S., & Supardi, Apt., M.Kes., P. (2022). *Patient Safety Meningkatkan kepatuhan Perawat Melaksanakan Identifikasi Pasien*. Malang: CV. Literasi Nusantara Abadi.
- Sjamsuhidajat, R., Prasetyono, D. O., Rudiman, R., Riwanto, I., & Tahalele, P. (2019). *Buku Ajar Ilmu Bedah ; Sistem Organ Dan Tindakan Bedahnya(1), Edisi 4 Vol.2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sugiyono, P. D. (2022). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: ALFABETA.

- Suryathi, N. K., Sukmandari, N., & Wulandari, M. (2021). Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Time Out Di Ruang Operasi Rumah Sakit Balimed Denpasar. *Bali Health Published Journal Vol.3*.
- Swastikarini, S. (2018). Hubungan Umur, Tingkat Pendidikan Dan Lama Kerja Perawat Pelaksana dengan Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Ilmiah Permas : Jurnal Ilmiah Stikes Kendal*.
- Trisna, E. (2016). Hubungan Persepsi Tim Bedah Dengan Kepatuhan Penerapan Surgical Patient Safety pada Pasien Operasi Bedah Rumah Sakit umum Daerah Mayjend HM. Ryacudu. *Jurnal Kesehatan, Volume VII, Nomor 2*, 341-344.
- Yuliati, E., Malini, H., & Yasman, Y. (2019). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Surgical Safety Di Kamar Operasi Kota Batam. *Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 456 - 463.