

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Patient safety

2.1.1. Pengertian Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1691/Menkes/PER/VIII (2011) (Dalam Noprianty, 2024), keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu sistem yang dirancang untuk memastikan layanan kesehatan yang lebih aman, sehingga dapat mencegah cedera akibat kesalahan tindakan atau kelalaian dalam mengambil tindakan. Keselamatan pasien menjadi indikator utama dalam sistem pelayanan kesehatan, yang berfungsi sebagai pedoman untuk mengurangi insiden dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara optimal (Noprianty, 2024).

Keselamatan pasien dapat dipahami sebagai adanya mekanisme yang memastikan keamanan pasien selama menjalani perawatan. Jika terjadi insiden yang tidak diinginkan, tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab untuk melaporkan dan mengkomunikasikannya, baik kepada rumah sakit maupun pasien, sehingga langkah-langkah pencegahan dapat dilakukan agar insiden serupa tidak terulang.

2.1.2. Tujuan Keselamatan Pasien

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 (Noprianty, 2024) , tujuan dari keselamatan pasien di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
2. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas rumah sakit.
3. Mengurangi kejadian tidak diharapkan dalam pelayanan kesehatan.

4. Melaksanakan program pencegahan agar kejadian tidak diharapkan tidak berulang.

2.1.3. Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien mencakup berbagai kejadian yang berpotensi menyebabkan bahaya, seperti penyakit, cedera, cacat, atau bahkan kematian, yang seharusnya tidak terjadi. Semua insiden harus terdokumentasi, baik dalam laporan tertulis maupun sistem berbasis elektronik. Berikut adalah jenis-jenis insiden keselamatan pasien:

1. Kejadian Potensi Cedera (KPC)

Situasi yang memiliki risiko tinggi menyebabkan cedera tetapi belum menimbulkan insiden. Contoh: alat monitor di ruang operasi yang tidak dikalibrasi dengan baik.

2. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Insiden yang terjadi tetapi tidak menyebabkan cedera pada pasien. Contoh: pasien diberikan obat yang salah, tetapi setelah observasi ketat, tidak mengalami efek samping.

3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Insiden yang hampir terjadi tetapi belum sempat berdampak pada pasien. Contoh: sebelum pasien mengkonsumsi obat, petugas kesehatan lain menyadari adanya kesalahan, sehingga obat tidak jadi diberikan.

4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Insiden yang menyebabkan cedera pada pasien akibat tindakan yang dilakukan atau kelalaian dalam bertindak, bukan karena kondisi penyakit pasien. Contoh: pemasangan infus yang menyebabkan hematoma dan peradangan pada vena (*phlebitis*).

5. Kejadian *Sentinel*

Insiden serius yang menyebabkan kematian atau cedera berat. Contoh: operasi dilakukan pada pasien atau bagian tubuh yang salah.

2.1.4. Standar Keselamatan Pasien

Ada tujuh standar yang harus diterapkan untuk menjamin keselamatan pasien, yaitu:

1. Hak Pasien

Setiap pasien berhak mendapatkan pelayanan medis yang jelas, termasuk informasi mengenai prosedur, obat-obatan, serta dampak yang mungkin terjadi. Pasien juga berhak menolak tindakan medis setelah memahami konsekuensinya, yang dibuktikan dengan surat pernyataan.

2. Pendidikan bagi Pasien dan Keluarga

Rumah sakit bertanggung jawab memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai hak dan kewajiban mereka dalam proses perawatan. Informasi harus disampaikan dengan jelas, dan pasien didorong untuk bertanya jika ada hal yang belum dipahami.

3. Keselamatan Pasien dan Kelangsungan Pelayanan

Rumah sakit harus menjamin koordinasi yang baik antara berbagai layanan medis, termasuk konsultasi, rujukan, dan transfer informasi antar profesi. Contohnya, pemasangan pagar tempat tidur pasien setelah tindakan medis untuk mencegah jatuh.

4. Metode Evaluasi dan Peningkatan Kinerja

Rumah sakit harus memiliki sistem pengukuran dan evaluasi terhadap keselamatan pasien, termasuk laporan insiden dan manajemen risiko. Data yang diperoleh digunakan untuk memperbaiki sistem dan meningkatkan mutu pelayanan.

5. Peran Kepemimpinan dalam Keselamatan Pasien

Pimpinan rumah sakit harus mendorong budaya keselamatan, memastikan adanya program untuk mengidentifikasi risiko, meningkatkan komunikasi antar unit, serta mengalokasikan sumber daya guna memaksimalkan kinerja pelayanan kesehatan.

6. Pelatihan dan Pendidikan untuk Staf

Rumah sakit harus memiliki program pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam menerapkan prinsip keselamatan pasien.

7. Komunikasi sebagai Kunci Keselamatan Pasien

Komunikasi yang jelas dan tepat waktu antara tenaga kesehatan menjadi faktor utama dalam memastikan keselamatan pasien. Rumah sakit perlu memiliki sistem manajemen informasi yang baik agar data pasien dapat diakses dengan akurat dan efisien.

2.1.5. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien adalah sikap dan perilaku yang diterapkan oleh individu maupun kelompok di lingkungan rumah sakit untuk menjamin pelayanan yang aman. Untuk mewujudkan budaya ini, rumah sakit harus:

1. Menyadari bahwa layanan kesehatan memiliki risiko tinggi sehingga semua tindakan harus dilakukan secara hati-hati dan konsisten.
2. Menciptakan lingkungan kerja yang aman dan mendukung pelaporan insiden tanpa rasa takut.
3. Membentuk tim keselamatan pasien yang dapat mengidentifikasi insiden dan memberikan masukan di tingkat nasional.

4. Mendorong kolaborasi antara tenaga kesehatan dan pimpinan rumah sakit dalam menangani permasalahan yang ada.

Dimensi budaya keselamatan pasien meliputi:

1. Budaya Keterbukaan (*Open Culture*)

Staf rumah sakit harus merasa nyaman dalam mendiskusikan insiden keselamatan pasien tanpa takut dihukum. Komunikasi terbuka dapat diterapkan dalam serah terima pasien, briefing staf, dan pertemuan pagi.

2. Budaya Pelaporan (*Reporting Culture*)

Semua tenaga kesehatan harus mau melaporkan insiden yang terjadi agar dapat dipelajari dan dicegah di masa depan. Contoh: pelaporan insiden saat pergantian shift (handover).

3. Budaya Keadilan (*Just Culture*)

Ketika terjadi insiden, evaluasi dilakukan secara adil tanpa menyalahkan individu, tetapi mencari solusi sistemik agar kesalahan tidak terulang.

4. Budaya Pembelajaran (*Learning Culture*)

Setiap insiden yang terjadi harus dijadikan bahan pembelajaran untuk meningkatkan keselamatan pasien. Rumah sakit harus berkomitmen dalam memperbaiki sistem berdasarkan pengalaman sebelumnya.

5. Budaya Informasi (*Informed Culture*)

Rumah sakit harus terus belajar dari insiden masa lalu dengan menganalisis laporan dan melakukan investigasi, sehingga dapat mengantisipasi risiko yang akan datang.

2.2 Surgical Safety Checklist (SSC)

2.1.1. Definisi Surgical Safety Checklist (SSC)

World Health Organization (WHO) melalui *World Alliance for Patient safety* telah membuat *Surgical Safety*

Checklist (SSC) sebagai alat yang digunakan oleh para praktisi klinis di kamar bedah untuk meningkatkan keamanan operasi, mengurangi kematian dan komplikasi akibat pembedahan, SSC tersebut sudah baku dari WHO, merupakan alat komunikasi praktis dan sederhana dalam memastikan keselamatan pasien dalam tahap pre operatif, intra operatif dan post operatif.

Surgical Safety Checklist (SSC) diluncurkan WHO tahun 2008 dalam *the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives*. Panduan lengkapnya diterbitkan WHO tahun 2009. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien dalam tindakan pembedahan di kamar operasi, diperlukan kerja sama, pengalaman, dan pengetahuan yang baik. Salah satunya adalah bagaimana penerapan SSC menjadi standar prosedur baku keselamatan pasien di kamar (Allen et al., 2021).

2.1.2. **Tujuan dan Manfaat *Surgical Safety Checklist* (SSC)**

Adapun tujuan dari *Surgical Safety Checklist* yaitu (WHO, 2009):

a. Tujuan utama

Untuk menciptakan perilaku tim pembedahan dan lingkungan yang aman bagi pasien, memperkuat praktik keselamatan dan mendorong.

b. Tujuan Khusus

- 1) Memastikan pembedahan pada pasien dan lokasi yang tepat.
- 2) Menggunakan anestesi yang mencegah nyeri.
- 3) Mencegah dan menangani gangguan pernapasan.
- 4) Mengantisipasi risiko perdarahan.
- 5) Mencegah reaksi alergi dan efek samping obat.

- 6) Menerapkan metode aseptik untuk mencegah infeksi.
- 7) Menghindari alat atau benda tertinggal di tubuh pasien.
- 8) Mengidentifikasi spesimen bedah dengan benar.
- 9) Memastikan komunikasi tim yang efektif untuk operasi aman.

2.1.3. **Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* (SSC)**

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 *Implementasi surgery safety checklist* memerlukan seorang koordinator untuk bertanggung jawab untuk memeriksa *checklist*. Koordinator biasanya seorang perawat atau dokter atau profesional kesehatan lainnya (WHO, 2009). Sedangkan menurut (Potter.&Perry, 2017) perawat sirkulasi merupakan tenaga perawat yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan tindakan pembedahan salah satu peran perawat sirkulasi adalah memeriksa dengan menggunakan formulir *checklist*. Pada setiap fase, koordinator *checklist* harus diizinkan untuk mengkonfirmasi bahwa tim telah menyelesaikan tugasnya sebelum melakukan kegiatan lebih lanjut. Koordinator memastikan setiap tahapan tidak ada yang terlewat, bila ada yang terlewat, maka akan meminta operasi berhenti sejenak dan melaksanakan tahapan yang terlewat (WHO, 2009).

Gambar 2. 2 SSC WHO 2009

Surgical Safety Checklist			World Health Organization	Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care
Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist)	Before skin incision (with nurse, anaesthetist and surgeon)	Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist and surgeon)		
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role. <input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.	Nurse Verbally Confirms: <input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed		
Is the site marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	To Surgeon, Anaesthetist and Nurse: <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?		
Is the anaesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> Yes	Anticipated Critical Events To Surgeon: <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss? To Anaesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns? To Nursing Team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?			
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes	Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable			
Does the patient have a: Known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned				

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

Sumber: (WHO, 2009)

Proses penerapan *Surgical Safety Checklist* WHO, 2009 dibagi tiga tahap yaitu:

1) *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).

2) *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).

3) *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, kasadan 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 (WHO, 2009) operator dan dokter anestesi belum memindahkan pasien dari kamar operasi (WHO, 2009).

2.1.4. **Tim pelaksana *Surgical Safety Checklist* (SSC)**

Definisi tim bedah sebuah tim dapat didefinisikan sebagai kelompok yang terdiri dari dua individu atau lebih yang memiliki tujuan bersama, terdiri dari anggota yang masing-masing memiliki keterampilan khusus dan peran yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan bersama (Cochrane et al., 2018). Prosedur bedah adalah tanggung

jawab bersama di antara semua staf bedah termasuk ahli bedah, penata anestesi, dan perawat di ruang operasi (Krasnova et al., 2020)

1. Perawat Instrumen (*Scrub Nurse*)

Perawat instrumen bertanggung jawab dalam mengelola alat-alat bedah selama operasi. Tugasnya termasuk menyiapkan instrumen sebelum operasi, menyerahkan alat yang dibutuhkan dokter bedah, dan memastikan semua alat lengkap serta steril setelah operasi selesai.

2. Perawat Sirkulasi (*Circulating Nurse*)

Perawat sirkulasi bertugas memastikan semua kebutuhan operasi tersedia dan membantu perawat instrumen tanpa menyentuh area steril. Selain itu, perawat ini juga mengawasi kondisi pasien dan membantu kelancaran jalannya operasi

3. Penata anestesi

Penata anestesi adalah tenaga kesehatan yang memiliki keahlian khusus dalam bidang anestesi. Mereka membantu dokter anestesi dalam proses pembiusan, memastikan identitas pasien, serta memberikan obat-obatan sebelum pasien dibius di ruang operasi.

2.1.5. **Dasar Hukum *Surgical safety checklist* (SSC)**

Dasar Hukum dalam penerapan *Surgical safety checklist* (SSC) meliputi:

1. Rekomendasi WHO (*World Health Organization*) tentang Patient safety dan *Safe Surgical Saves Live*.
2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1691/menkes/Per/VIII/2011 tentang keselamatan pasien

di rumah sakit yang tertuang dalam Bab IV Pasal 8 ayat 1 dan 2 yang isinya adalah:

- a. Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
- b. Sasaran keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1:
 - 1) Ketepatan identifikasi pasien
 - 2) Peningkatan komunikasi yang efektif
 - 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
 - 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
 - 5) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan Kesehatan
 - 6) Pengurangan resiko pasien jatuh
- c. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) tentang rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur pembedahan. Standar SKP 4.1 rumah sakit melaksanakan prosedur bedah yang aman dengan menggunakan “*Surgical Safety Checklist*” (WHO *Checklist* terkini) serta memastikan terlaksananya proses *time-out* di kamar operasi sebelum operasi selesai (KARS,2019)

2.3 Faktor yang Mendukung dalam Pengisian

Pengisian *Surgical Safety Checklist* (SSC) yang optimal memerlukan dukungan dari berbagai faktor, baik dari individu tenaga kesehatan, sistem

rumah sakit, hingga budaya kerja yang mendukung keselamatan pasien. Berikut adalah penjelasan rinci mengenai faktor-faktor tersebut:

1. Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit juga berperan besar dalam memastikan kepatuhan terhadap SSC. Lembaga seperti Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di Indonesia menetapkan standar yang harus dipenuhi rumah sakit dalam hal keselamatan pasien, termasuk dalam penggunaan SSC. Rumah sakit yang telah terakreditasi cenderung memiliki aturan yang lebih ketat dalam penerapan *checklist* ini karena berkaitan langsung dengan kualitas layanan dan keselamatan pasien.

RSUD yang telah meraih status akreditasi paripurna dari KARS, yang merupakan tingkatan tertinggi dalam penilaian mutu layanan rumah sakit di Indonesia. Dengan status ini, RSUD harus berkomitmen menerapkan standar keselamatan pasien yang lebih ketat, termasuk kepatuhan dalam pengisian SSC. Standar akreditasi paripurna mengharuskan rumah sakit melakukan evaluasi rutin terkait penerapan *checklist* ini, meningkatkan pelatihan tenaga kesehatan, serta memastikan pengawasan yang berkelanjutan agar setiap prosedur bedah dilakukan sesuai standar keselamatan yang berlaku.

2. Manajemen dan Kebijakan Rumah Sakit

Manajemen rumah sakit merupakan pondasi penting dalam implementasi SSC. Rumah sakit yang memiliki kebijakan tegas mengenai penggunaan *checklist* ini akan mendorong tenaga kesehatan untuk mengisi setiap poin dengan benar dan konsisten. Manajemen juga dapat memberikan tenaga Kesehatan sosialisasi rutin, penegasan kebijakan tertulis, serta pengawasan langsung selama proses bedah berlangsung. Menurut (Khodavandi, 2021),

rumah sakit yang aktif memantau kepatuhan pengisian SSC dan menyediakan sanksi serta penghargaan akan lebih berhasil dalam memastikan *implementasi checklist* ini.

3. Pelatihan dan Edukasi

Salah satu tantangan dalam pengisian SSC adalah kurangnya pemahaman tenaga kesehatan mengenai tujuan dan manfaat *checklist* tersebut. karena itu, pelatihan rutin diperlukan untuk memastikan bahwa setiap anggota tim bedah memahami pentingnya SSC. Menurut Munthali (2022) menyebutkan bahwa pelatihan yang dirancang dengan metode simulasi atau *hands-on training* dapat meningkatkan kepatuhan tenaga kesehatan hingga 80%. Edukasi yang diberikan tidak berfokus pada teknis pengisian, tetapi dampak nyata yang dapat terjadi jika *checklist* tidak diisi dengan benar.

4. Budaya Keselamatan Pasien di Lingkungan Kerja

Lingkungan kerja yang menjunjung tinggi prinsip keselamatan pasien akan memotivasi tenaga kesehatan untuk mengisi SSC dengan serius. Budaya keselamatan ini mencakup komunikasi terbuka, kolaborasi antar profesi, serta sikap saling mengingatkan dalam tim bedah. Menurut penelitian Haugen (2019), rumah sakit yang membangun budaya keselamatan melalui kampanye internal dan diskusi rutin mengalami peningkatan kepatuhan SSC sebesar 72%.

5. Kepemimpinan yang Efektif dalam Tim Bedah

Kepemimpinan yang baik, terutama dari koordinator tim bedah, sangat berperan dalam memastikan pengisian SSC. Seorang pemimpin yang tegas namun suportif dapat mengingatkan anggota tim tentang pentingnya *checklist* sebelum, selama, dan setelah operasi. Tostes, M. F. & Galvão, n.d menekankan bahwa pemimpin

tim bedah yang proaktif dalam memeriksa *checklist* dapat meningkatkan tingkat penyelesaian SSC hingga 90%.

6. Kolaborasi Tim

Keberhasilan pengisian SSC juga bergantung pada kerja sama antar anggota tim bedah, termasuk dokter bedah, perawat, Penata anestesi, dan petugas pendukung lainnya. Ketika tim bekerja secara sinergis, pengisian SSC dapat dilakukan dengan cepat dan akurat tanpa mengganggu alur kerja operatif. Menurut Singh (2019) melaporkan bahwa tim yang memiliki komunikasi yang efektif selama prosedur bedah cenderung lebih patuh dalam pengisian SSC.

7. Ketersediaan Fasilitas Pendukung

Fasilitas yang memadai, seperti ketersediaan *checklist* dalam bentuk cetak maupun digital, dapat mempermudah tenaga kesehatan dalam mengisi SSC. Selain itu, adanya sistem pengingat otomatis atau alarm juga dapat membantu mencegah kelalaian dalam pengisian *checklist*.

2.4 Faktor yang Mempengaruhi Dalam Pengisian SSC

Berbagai faktor dapat memengaruhi tenaga kesehatan dalam pengisian SSC, baik yang bersifat internal maupun eksternal. Faktor-faktor tersebut meliputi:

1. Faktor Internal

a. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan tenaga kesehatan mengenai pentingnya SSC berperan besar dalam kepatuhan pengisiannya. Tenaga medis yang memahami bahwa *checklist* ini bertujuan untuk melindungi keselamatan pasien akan lebih termotivasi untuk mengisi dengan benar. Menurut Purwanti, n.d.(2022), pelatihan berkelanjutan dapat

meningkatkan pemahaman tenaga kesehatan tentang SSC hingga 85%.

b. Motivasi Pribadi

Motivasi intrinsik, seperti rasa tanggung jawab terhadap keselamatan pasien dan profesionalisme, mendorong tenaga kesehatan untuk lebih teliti dalam pengisian SSC.

2. Faktor Eksternal

a. Beban Kerja

Beban kerja yang tinggi, terutama saat jadwal operasi padat, dapat menghambat pengisian *checklist* secara menyeluruh. Singh (2019) mengungkapkan bahwa tenaga medis dengan beban kerja yang berlebihan cenderung melewatkan beberapa poin penting dalam SSC.

b. Ketersediaan Waktu:

Prosedur operasi yang mendesak sering kali membuat tim bedah melewatkan tahap pengisian SSC, terutama jika dianggap memakan waktu.

c. Fasilitas Pendukung

SSC yang tersedia dalam bentuk digital atau terintegrasi dengan sistem rekam medis elektronik dapat mempercepat proses pengisian.

3. Budaya dan Kebiasaan Kerja

a. Rumah sakit yang memiliki budaya disiplin dan menghargai standar keselamatan pasien cenderung memiliki tingkat kepatuhan SSC yang lebih tinggi.

- b. Menurut van Zyl (2023) keberhasilan implementasi SSC sangat bergantung pada kebiasaan kerja yang sudah terinternalisasi dalam tim bedah.

4. Dukungan Rekan Kerja

- a. Tenaga kesehatan yang mendapatkan dukungan dari rekan kerja akan lebih termotivasi untuk mematuhi prosedur SSC.
- b. Menurut Haugen (2019), kolaborasi tim yang baik dapat meningkatkan kepatuhan pengisian *checklist* hingga 78%.

2.5 Dampak yang Terjadi terhadap Pengisian SSC

Dampak pengisian SSC dapat dirasakan pada berbagai aspek, baik bagi pasien, tenaga kesehatan, maupun institusi rumah sakit. Dampak ini bisa positif jika SSC diisi dengan benar, atau negatif jika terjadi kelalaian dalam pengisiannya.

1. Dampak Positif

a) Keselamatan Pasien

Pengisian SSC yang lengkap dapat mencegah kesalahan prosedur, seperti operasi di sisi tubuh yang salah, alergi obat yang terlewat, atau penggunaan alat yang tidak steril. Singh, (2019) menyebutkan bahwa penerapan SSC secara penuh dapat menurunkan angka komplikasi bedah hingga 40%.

b) Kepuasan Tenaga Kesehatan

Tim bedah yang menjalankan prosedur sesuai standar keselamatan cenderung merasa lebih percaya diri dan puas dengan hasil pekerjaannya.

c) Efisiensi Proses Operasi

SSC membantu tim memverifikasi kesiapan pasien, alat, dan tim medis sebelum operasi dimulai, sehingga proses berjalan lebih lancar.

d) Penurunan Risiko Malpraktik

Checklist yang terisi dengan baik dapat menjadi bukti bahwa prosedur bedah telah dilakukan sesuai standar, mengurangi risiko tuntutan hukum

2. Dampak Negatif (Jika Tidak Mengisi SSC dengan Benar)

a. Peningkatan Risiko Komplikasi

Kelalaian dalam pengisian SSC dapat menyebabkan terlewatnya langkah-langkah penting, yang berujung pada komplikasi intraoperatif maupun pascaoperatif. Kapira, (2023) menemukan bahwa 30% kasus komplikasi bedah terjadi akibat ketidakpatuhan terhadap SSC.

b. Potensi Malpraktik SSC

yang tidak lengkap dapat menjadi bukti bahwa prosedur tidak dilakukan sesuai standar, meningkatkan risiko tuntutan hukum jika terjadi kesalahan.

c. Stres dan Ketidaknyamanan

Tenaga Kesehatan Ketika terjadi insiden yang seharusnya dapat dicegah, tenaga kesehatan bisa mengalami tekanan psikologis dan menurunnya kepercayaan diri.

2.6 Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1 Keaslian Penelitian

No	Judul	Metode Penelitian	Pesamaan	Perbedaan	Kesimpulan
1.	Analisis Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> Untuk Menekan Angka Kejadian Insiden Keselamatan Pasien Kamar Operasi (bambang Sulistyo, 2024).	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan wawancara mendalam pada informan	Persamaan penelitian ini yaitu sama membahas tentang SSC dan metode yang digunakan sama dengan wawancara kualitatif	Penelitian yang dilakukan bambang Sulistyo, 2024) bertujuan untuk mengetahui kondisi SSC, Pengaruh SSC terhadap insiden keselamatan. Sedangkan penelitian yang dilakukan untuk mengetahui hal mendukung pengisian SSC, Bagaimana faktor pengaruh, dan dampak yang terjadi terhadap pengisian SSC	Penerapan SSC memerlukan pelatihan lebih lanjut, pengawasan yang lebih ketat, dan dukungan teknologi untuk memastikan implementasi yang lebih konsisten dan aman di kamar operasi
2.	Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Upaya Pencegahan <i>Adverse Event</i> : <i>Literature Review</i> (Kesatria Pratama, 2021)	Penelitian ini menggunakan literature review dengan cara memilih artikel-artikel dari database elektronik google scholar dan pubmed yang	Persamaan penelitian ini yaitu sama membahas tentang SSC	Penelitian (Kesatria Pratama, 2021) menggunakan metode <i>literature review</i> , pembahasan berfokus pada budaya keselamatan dengan SSC Sedangkan Penelitian menggunakan metode kualitatif	Sebagian besar artikel menemukan bahwa penerapan budaya keselamatan pasien sudah dalam kategori baik, dan untuk penerapan budaya keselamatan pasien yang baik yaitu dengan

		dipublikasikan di jurnal nasional maupun internasional pada tahun 2015-2020.		fenomenologi yang dimana budaya keselamatan dengan penerapan SSC merupakan salah satu pembahasan pada penelitian ini	menerapkan 12 dimensi budaya keselamatan pasien.
3.	<i>Compliance in Filling Surgical Safety Checklist at The Central Surgical Installation</i> (Noprianty et al., 2024)	Metode penelitian menggunakan deskriptif kuantitatif dengan pendekatan studi observasional. Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>purposive sampling</i>	Persamaan penelitian ini yaitu sama membahas tentang SSC dan Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>purposive sampling</i>	Penelitian yang dilakukan (Noprianty et al., 2024) menggunakan Metode yang penelitian kuantitatif dan instrumennya observasi dengan pembahasan berfokus pada kepatuhan pengisian SSC Sedangkan Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan instrumen pedoman wawancara dengan tujuan mencari tau fenomena atau persepsi tenaga kesehatan dalam hal yang mendukung pengisian SSC.	Pengisian lembaran SSC belum sepenuhnya dilakukan dan pengisian dilakukan pada akhir setelah operasi selesai karena beban kerja dan kurangnya sumber daya tenaga kerja.