

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Perioperatif

2.1.1 Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif (Brunner and Suddarth, 2010).

Perawat perioperatif adalah perawat dengan asuhan keperawatan perioperatif kepada pasien pembedahan yang memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamar bedah (AORN, 2013). Perawat bedah bertanggung jawab mengidentifikasi kebutuhan pasien, menentukan tujuan bersama pasien dan mengimplementasikan intervensi keperawatan (HIPKABI, 2014).

2.1.2 Fase Perioperatif

1. Fase Pre Operatif

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (HIPKABI, 2014).

2. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan (HIPKABI, 2014). Lingkup aktivitas keperawatan pada fase ini mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anastesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2010).

3. Fase Post Operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut di ruangan rawat inap, klinik, maupun di rumah. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (HIPKABI, 2014).

2.1.3 Jenis Perawat Perioperatif

1. Perawat *Scrub*

Perawat *scrub* atau di Indonesia juga dikenal sebagai perawat instrumen merupakan perawat kamar bedah yang memiliki tanggung jawab terhadap manajemen area operasi dan area steril pada setiap jenis pembedahan (Muttaqin A. , 2009). Perawat instrumen berperan dalam memeriksa untuk memastikan bahwa instrumentasi steril dan sesuai, juga fungsi perlengkapan bedah yang

tersedia sebelum operasi dilaksanakan (Hamlin, 2016). Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberikan wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan alat atau instrumen pembedahan selama tindakan dilakukan (Muttaqin A. &, 2013)

Secara spesifik, peran dan tanggung jawab dari perawat instrumen menurut Muttaqin (2013) adalah sebagai berikut:

- a) Perawat instrumen menjaga kelengkapan alat instrumen steril yang sesuai dengan jenis operasi.
- b) Perawat instrumen harus selalu mengawasi teknik aseptik dan memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai kebutuhan dan memberinya kembali.
- c) Perawat instrumen harus terbiasa dengan anatomi dasar dan teknik-teknik bedah yang sedang dikerjakan.
- d) Perawat instrumen harus secara terus-menerus mengawasi prosedur untuk mengantisipasi segala kejadian.
- e) Melakukan manajemen sirkulasi dan suplai alat instrumen operasi. Mengatur alat-alat yang akan dan telah digunakan. Pada kondisi ini perawat instrumen harus benar-benar mengetahui dan mengenal setiap instrumen yang digunakan beserta nama ilmiah dan nama biasanya, dan mengetahui penggunaan instrumen pada prosedur spesifik.
- f) Perawat instrumen harus mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan.
- g) Dalam menangani instrumen, perawat instrumen harus mengawasi semua aturan keamanan terkait. Benda-benda tajam, terutama skalpel,

harus diletakkan di meja belakang untuk menghindari kecelakaan. Benda-benda tajam harus diserahkan dengan cara yang benar sesuai kewaspadaan universal.

- h) Perawat instrumen harus memelihara peralatan dan menghindari kesalahan pemakaiannya.
- i) Perawat instrumen bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan kepada tim bedah mengenai setiap pelanggaran teknik aseptik atau kontaminasi yang terjadi selama pembedahan.
- j) Menghitung kassa, jarum, dan instrumen. Penghitungan dilakukan sebelum pembedahan dimulai dan sebelum ahli bedah menutup luka operasi.

2. Perawat Sirkuler

Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat dalam hal ini adalah penghubung antara area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler (Majid A., 2011).

Secara umum, menurut Muttaqin (2013) peran dan tanggung jawab perawat sirkulasi adalah sebagai berikut.

- a) Menjemput pasien dari bagian penerimaan, mengidentifikasi pasien, dan memeriksa formulir persetujuan.
- b) Mempersiapkan tempat operasi sesuai prosedur dan jenis pembedahan yang akan dilaksanakan. Tim bedah harus diberi tahu jika terdapat

kelainan kulit yang mungkin dapat menjadi kontraindikasi pembedahan.

- c) Memeriksa kebersihan dan kerapian ruang operasi sebelum pembedahan. Apabila prosedur ini tidak dilaksanakan, maka dapat mengakibatkan waktu penundaan atau kesulitan dalam pembedahan.
- d) Membantu memindahkan pasien ke meja operasi, mengatur posisi pasien, mengatur lampu operasi, dan memasang semua elektorda, monitor, atau alat lain mungkin diperlukan.
- e) Membantu tim bedah mengenakan busana (baju dan sarung tangan steril).
- f) Tetap di tempat selama prosedur pembedahan untuk mengawasi atau membantu setiap kesulitan yang memerlukan bahan dari area steril.
- g) Berperan sebagai tangan kanan perawat instrumen untuk mengambil, membawa, dan menyesuaikan segala sesuatu yang diperlukan oleh perawat instrumen. Selain itu juga ikut mengontrol keperluan spons, instrumen, dan jarum.
- h) Membuka bungkus sehingga perawat instrumen dapat mengambil suplai steril.
- i) Mempersiapkan catatan barang yang digunakan serta penyulit yang terjadi selama pembedahan.
- j) Bersama dengan perawat instrumen menghitung jarum, kasa, dan kompres yang digunakan selama pembedahan.
- k) Apabila tidak terdapat perawat anestesi, maka perawat sirkulasi membantu ahli anestesi dalam melakukan induksi anestesi.

- l) Mengatur pengiriman spesimen biopsi ke laboratorium.
- m) Menyediakan suplai alat instrumen dan alat tambahan.
- n) Mengeluarkan semua benda yang sudah dipakai dari ruang operasi pada akhir prosedur, memastikan bahwa semua tumpahan dibersihkan, dan mempersiapkan ruang operasi untuk prosedur berikutnya.

3. Perawat Anestesi

Tugas utama perawat anestesi pada tahap praoperatif adalah memastikan identitas pasien yang akan dibius dan melakukan medikasi praanestesi. Kemudian pada tahap intraoperatif bertanggung jawab terhadap manajemen pasien, instrumen, dan obat bius serta membantu dokter anestesi dalam proses pembiusan sampai pasien sadar penuh setelah operasi (Muttaqin A. &., 2013)

2.2 Konsep *Surgical Safety Checklist*

2.2.1 Pengertian

Tindakan pembedahan adalah tindakan medis penting dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, dan komplikasi (Klase.S, at al, 2016). Dalam pembedahan harus wajib memprioritaskan keselamatan pasien, prosedur dan kesiapan pasien terhadap resiko kecelakaan yang tinggi. Maka diwajibkan setiap Rumah Sakit harus mengikuti standar operasional yang sudah ditetapkan (Irmawati,2017).

Surgical Safety Checklist merupakan daftar periksa yang digunakan untuk memastikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. Tim bedah yang terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya menggunakan *Surgical Safety Checklist* sebagai alat komunikasi untuk keselamatan pasien di kamar operasi. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam

pembedahan mulai dari sign in, time out, sign out sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Safety & Compliance, 2012).

Menurut (Wicaksana, Dwi, 2014) *Surgical Safety Checklist* merupakan suatu prosedur untuk menurunkan komplikasi pembedahan dan anestesi. Terdapat 4 hal yang diperhatikan dalam tindakan pembedahan yaitu pencegahan infeksi, keselamatan anestesi, keselamatan pembedahan, dan mekanisme kualitas dan perawatan.

2.2.2 Tahapan *Surgical Safety Checklist*

Menurut WHO (2009) dalam *Manual Implementation of Surgical Safety Checklist* menyebutkan bahwa tahapan dari *Surgical Safety Checklist* adalah sebagai berikut:

1. *Sign In*

Sign In adalah saat merupakan fase verifikasi pertama sesaat pasien tiba di ruang terima atau ruang persiapan atau sebelum pasien dilakukan induksi anestesi.

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Sign In* adalah :

a. Konfirmasi identitas pasien

Menegaskan identitas pasien, jenis prosedur pembedahan, lokasi operasi, serta persetujuan untuk dilakukan operasi. Langkah ini penting dilakukan agar petugas kamar operasi tidak melakukan kesalahan pembedahan terhadap proses pembedahan. Untuk pasien anak-anak atau

pasien yang tidak memungkinkan untuk berkomunikasi dapat dilakukan kepada pihak keluarga, yaitu pada saat sebelum pembedahan.

b. Konfirmasi sisi pembedahan

Mengkonfirmasi jika ahli bedah telah melakukan *marking* pada bagian sisi yang akan dioperasi pada pasien. Marker permanen untuk pasien dengan kasuss lateralitas atau pada pasien dengan sisi operasi beberapa struktur dan tingkatan seperti jari tertentu, jari kaki, dan lesi kulit atau pada operasi tunggal misalnya limpa.

c. Persiapan mesin pembedahan dan anestesi

Melengkapi langkah berikutnya dengan meminta bagian anestesi untuk melakukan konfirmasi terkait pemeriksaan keamanan anestesi, seperti dengan memeriksa peralatan anestesi, saluran untuk pernafasan pasien (oksigen dan inhalasi), ketersediaan obat-obatan, serta resiko pasien pada setiap kasus.

d. Pengecekan *pulse oximetri* dan fungsinya

Koordinator *Checklist* menegaskan bahwa pulse oksimetri telah ditempatkan pada pasien dan dapat berfungsi benar sebelum induksi anestesi. Idealnya pulse oksimetri dilengkapi sebuah sistem untuk dapat membaca denyut nadi dan saturasi oksigen, pulse oksimetri sangat direkomendasikan oleh WHO dalam pemberian anestesi, jika pulse oksimetri tidak berfungsi atau belum siap maka ahli bedah anestesi harus mempertimbangkan menunda operasi sampai alat-alat sudah siap sepenuhnya.

e. Konfirmasi tentang alergi pasien

Koordinator *Checklist* harus mengarahkan pertanyaan ini dan dua pertanyaan berikutnya kepada ahli anastesi. Pertama, koordinator harus mengetahui apakah pasien memiliki alergi? Jika iya, apa itu? Jika koordinator tidak tahu tentang alergi pada pasien maka informasi ini harus dikomunikasikan kembali.

f. Konfirmasi Resiko Operasi

Koordinator *Checklist* akan menuliskan jika pasien memiliki masalah hambatan jalan nafas, sehingga pada tahapan *Sign In* tim anastesi dapat mengantisipasi pemakaian jenis anastesi yang digunakan. Resiko terjadinya aspirasi harus dievaluasi sebagai bagian dari penilaian jalan nafas sehingga apabila pasien memiliki gejala refluks maka ahli anastesi harus mempersiapkan kemungkinan terjadi aspirasi. Resiko aspirasi dapat dikurangi dengan cara memodifikasi rencana anastesi, misalnya menggunakan teknik induksi cepat dan dengan bantuan asisten memberikan tekanan krikoid selama induksi untuk mengantisipasi aspirasi pasien yang telah dipuasakan enam jam sebelum operasi.

g. Konfirmasi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml dpada dewasa dan 700ml/kg pada anak-anak.

Dalam langkah keselamatan , koordinator *Checklist* meminta tim anastesi memastikan apa ada resiko kehilangan darah lebih dari setengah liter darah selama operasi. Dikarenakan kehilangan darah merupakan salah satu bahaya umum yang sangat penting bagi pasien, dengan resiko syok hipovolemik terjadi ketika kehilangan darah 500ml

(700ml/kg pada anak-anak), Persiapan yang memadai dapat dilakukan dengan perencanaan jauh-jauh hari dan melakukan resusitasi cairan saat pembedahan berlangsung (WHO, 2009).

2. *Time Out*

Time out adalah prosedur keselamatan pembedahan pasien yang dilakukan sebelum dilakukan insisi kulit, *Time out* dikoordinasi oleh salah satu dari anggota petugas kamar operasi yaitu dokter atau perawat.

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Time Out* adalah :

a. Konfirmasi nama dan peran anggota tim

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

b. Anggota tim operasi melakukan konfirmasi identitas pasien, tempat dan prosedur pembedahan.

Koordinator *Checklist* akan meminta semua orang berhenti dan melakukan konfirmasi identitas pasien, sisi yang akan dilakukan pembedahan, dan prosedur pembedahan agar tidak terjadi kesalahan selama proses pembedahan berlangsung. Sebagai contoh, perawat secara lisan mengatakan “sebelum kita melakukan sayatan pada kulit apakah semua orang setuju bahwa ini adalah pasien X, mengalami

Hernia Inguinal kanan”. Ahli anastesi, ahli bedah, dan perawat secara eksplisit dan individual akan mengkonfirmasi, jika pasien tidak dibius akan lebih mudah membantu baginya untuk mengkonfirmasi hal yang sama.

- c. Konfirmasi antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit terakhir.

Koordinator *Checklist* akan bertanya dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir, anggota tim yang bertanggung jawab dalam pemberian antibiotik profilaksis adalah ahli anastesi harus memberikan konfirmasi secara verbal. Jika antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit sebelum, tim harus mempertimbangkan pemberian ulang pada pasien.

- d. Antisipasi Peristiwa kritis

Untuk memastikan komunikasi pada pasien dengan keadaan kritis, koordinaor *Checklist* akan memimpin diskusi secara cepat antara ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat terkait bahaya kritis dan rencana selama pembedahan.

Hal ini dapat dilakukan dengan meminta setiap pertanyaan langsung dijawab, urutan diskusi tidaklah penting, tetapi masing-masing harus saling berkomunikasi, isi diskusi meliputi:

- a) Untuk dokter bedah : langkah kritis apa, berapa lama kasus ini dilakukan, dan bagaimana antisipasi kehilangan darah

Diskusi “langkah-langkah kritis” ini dimaksudkan untuk meminimalkan resiko pembedahan. Semua anggota tim mendapat informasi tentang resiko kehilangan darah, cedera, morbiditas.

Kesempatan ini juga dilakukan untuk meninjau langkah-langkah yang mungkin memerlukan peralatan khusus, atau persiapan yang lainnya.

b) Untuk dokter anastesi : kekhawatiran pada pasien yang mungkin akan terjadi.

Pada pasien dengan resiko kehilangan darah tinggi, ketidakstabilan hemodinamik, atau morbiditas (seperti penyakit jantung, paru, aritmia, kelainan darah, dll), anggota tim anastesi harus meninjau ulang rencana spesifik dan kekhawatiran untuk resusitasi khususnya. Dalam diskusi ini dokter anastesi cukup mengatakan, “saya tidak punya perhatian khusus mengenai hal ini”

c) Untuk perawat : konfirmasi sterilitas termasuk hasil indikator masalah peralatan atau masalah apapun.

d) Perawat menanyakan kepada ahli bedah apakah alat-alat yang diperlukan sudah lengkap sehingga perawat dapat memastikan instrumen di kamar operasi telah steril dan lengkap

e) Pemeriksaan penunjang berupa foto perlu ditampilkan di kamar operasi. Ahli bedah akan memberi keputusan apakah foto penunjang diperlukan dalam pelaksanaan operasi atau tidak.

3. *Sign Out*

Sign out adalah prosedur keselamatan pembedahan yang dilakukan oleh petugas kamar operasi sebelum penutupan luka, dikoordinasi oleh salah satu anggota petugas kamar operasi yaitu dokter atau perawat.

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan Sign Out adalah :

a. *Review* pembedahan

Koordinator *Checklist* harus mengkonfirmasi dengan ahli bedah dan tim apa prosedur yang telah dilakukan, dapat dilakukan dengan pertanyaan, “apa prosedur yang telah dilakukan” atau sebagai konfirmasi, “kami melakukan prosedur X, apakah benar”

b. Penghitungan instrumen, kassa, dan jumlah jarum

Perawat harus mengkonfirmasi secara lisan kelengkapan akhir instrumen, kassa, dan jarum, dalam kasus rongga terbuka jumlah instrumen dipastikan harus lengkap, jika jumlah tidak lengkap maka tim harus waspada sehingga dapat mengambil langkah (seperti memeriksa tirai, sampah, luka, atau jika perlu mendapatkan gambar radiografi).

c. Pelabelan spesimen

Pelabelan digunakan untuk pemeriksaan dianostik patologi. Salah melakukan pelabelan berpotensi menjadi bencana untuk pasien dan terbukti menjadi salah satu penyebab error pada laboratorium. Perawat sirkuler harus mengkonfirmasi dengan benar dari setiap spesimen

patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membacakan secara lisan nama pasien, deskripsi spesimen, dan setiap tanda berorientasi

d. Konfirmasi masalah peralatan

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

e. Ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat meninjau rencana pemulihan dan pengelolaan pasien

Sebelum pasien keluar dari ruang operasi maka anggota tim bedah memberikan informasi tentang pasien kepada perawat yang bertanggung jawab di ruang pemulihan (recovery room), tujuan dari langkah ini adalah transfer efisien dan tepat informasi penting untuk seluruh tim. .

2.2.3 Prinsip Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*

Dalam pengaplikasian *Surgical Safety Checklist* akan satu orang yang harus menjadi koordinator *checklist*. Seringkali Koordinator *checklist* adalah seorang perawat sirkuler, tetapi bisa saja dilakukan oleh tenaga medis lain yang bertugas di saat operasi. *Checklist* ini dibagi dalam tiga tahapan yang saling berkaitan yaitu tahap sebelum dilakukan anastesi, tahap setelah dilakukan anastesi dan sebelum insisi, dan tahap selama penutupan luka atau sebelum pasien dipindahkan dari ruang operasi ke kamar pemulihan. Dalam setiap tahapan, koordinator *checklist* bertugas untuk memberikan konfirmasi kepada tim bedah bahwa proses dalam

tahapan tersebut telah dilaksanakan. Komunikasi yang dilakukan dalam pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* ini biasanya dilakukan secara verbal oleh tim bedah, karena dinilai efektif dalam segi waktu serta efisien dalam pengerjaannya. Pelaksanaan *surgical safety checklist* ini dilakukan dalam segala bentuk operasi, tidak dibedakan baik antara operasi kecil dan besar maupun elektif dan darurat, dimana pelaksanaan *surgical safety checklist* dikatakan baik jika 19 poin dilaksanakan secara verbal dan diisi pada lembar *Surgical Safety Checklist* (WHO, 2009).

2.2.5 Fungsi *Surgical Safety Checklist*

Fungsi umum dari *Surgical Safety Checklist* adalah untuk menyediakan informasi detail kasus yang sedang dikerjakan, konfirmasi mendetail, focus diskusi dan pembentukan tim. Anggota tim perlu ditekankan mengenai pentingnya kerjasama tim dan informasi sebagai fungsi terpenting dari *Surgical Safety Checklist* (Lingard, 2012).

Pendokumentasi yang paling sederhana adalah menggunakan checklist kertas. Penggunaan checklist kertas merupakan salah satu solusi karena *checklist* kertas dapat disediakan dengan cepat dan membutuhkan biaya sedikit, selain itu checklist kertas juga dapat disediakan ukuran dan bentuknya sesuai kebutuhan. Checklist kertas tidak memerlukan penguasaan teknologi yang tinggi untuk mengisinya selain itu sesuai untuk kondisi kegawatan dan situasi tertentu, sehingga pemenuhan pengisian checklist dapat dilaksanakan (Vries, 2011).

2.3 Konsep Kepatuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Menurut Ega Lestari & Rosyida dalam penelitiannya kepatuhan perawat merupakan perilaku sebagai seorang perawat yang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau aturan yang harus dilakukan atau ditaati (Lestari C. E., 2013). Menurut Niven dalam penelitian Hesti (2015) kepatuhan perawat profesional adalah sejauh mana perilaku seseorang perawat sesuai dengan ketaatan, pasrah, dan ketentuan tujuan terhadap aturan yang diberikan oleh pimpinan perawat ataupun rumah sakit (Hesti Oktaviani, 2015).

Faktor Individu adalah merupakan salah satu komponen yang mempengaruhi praktek klinis keperawatan (JCI, 2015). Hal ini didukung oleh teori dari (Gibson, 2003) yang mengungkapkan bahwa variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Variabel yang meliputi kemampuan dan keterampilan adalah fisik, mental (EQ) dan intelegensi (IQ). Sub variable dari kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan individu. Perawat yang memiliki kemampuan dalam pelaksanaan *checklist* keselamatan pasien di kamar bedah, akan cenderung patuh untuk melaksanakan sesuai dengan yang telah dianjurkan (Arumi, 2002).

2.3.1 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Lawrence Green (1980) dalam Mubarak, dkk (2006) berpendapat bahwa perilaku manusia termasuk perilaku kepatuhan sangat dipengaruhi dan ditentukan

oleh faktor-faktor: predisposisi (*prediposing factor*), faktor pendukung (*enabling factors*), dan faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*).

2.3.1.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang menjadi dasar untuk seseorang berperilaku atau dapat pula sebagai faktor yang bersifat bawaan yang dapat mendukung ataupun menghambat seseorang untuk berperilaku tertentu. Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai dan persepsi, tradisi, dan unsure lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan (Heri, 2009). Pada penelitian faktor predisposisi yang paling berpengaruh terhadap perilaku seseorang adalah faktor predisposisi pengetahuan.

2.3.1.2 Faktor Pendukung

Segala sesuatu yang menjadi penunjang untuk seseorang melakukan sesuatu, bisa berupa tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan. Pada penelitian ini, terdapat faktor pendukung yaitu tersedianya sumber daya serta *Standar Operasional Prosedur* (SOP). Berikut merupakan uraian mengenai sumber daya dan SOP:

a) Sumber Daya

Merupakan faktor yang diperlukan dalam terlaksananya suatu perilaku. Sumber daya sebaiknya berupa fasilitas ataupun sarana yang memadai dan dalam kondisi yang baik dalam jumlah ataupun kualitasnya. Ketidakbaikan kondisi pada sumber daya, akan memperlambat dan juga akan menimbulkan masalah dalam pelaksanaannya.

b) *Standar Operasional Prosedur (SOP)*

Standar, menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia merupakan ukuran tertentu yang dipakai sebagai patokan. Adanya standar yaitu untuk mencapai sesuatu yang diinginkan sesuai nilai yang ideal.

Sedangkan suatu rangkaian yang sudah dibakukan agar didapatkan hasil yang sama pada tindakan yang sama dan digunakan dalam acuan dalam pelaksanaan suatu tindakan, baik oleh siapa atau bagaimana pelaksanaannya adalah Standar Operasional Prosedur. Patokan yang digunakan dalam pelaksanaan sebelum dan setelah dilakukannya pembedahan.

2.3.1.3 Faktor Pendorong

Faktor reinforcing merupakan faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan

2.4 Konsep Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo S. , 2007). Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo S. , 2010).

Salah satu faktor internal yang mempengaruhi pengetahuan adalah pendidikan. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang

semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya (A.Wawan, 2011). Faktor lain yang dimungkinkan mempengaruhi pengetahuan adalah pengalaman. Sesuatu yang pernah dilakukan seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu hal (Lestari T. , 2015),

Perawat yang mampu menjelaskan secara benar tentang surgical safety checklist, maka perawat juga mampu melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi tentang keselamatan selama tindakan operasi dan diaplikasikan melalui tindakan dalam penerapan *surgical safety checklist* (Ali Sodikin, dkk, 2016).

2.4.1 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang cukup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu (Notoatmodjo, 2003) :

a. Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah pelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (Comprehention)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (Analysis)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (Synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaianpenilaian itu didasarkan pada suatu kreteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada

2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (dalam Wawan dan Dewi, 2010) faktor faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut :

1. Faktor Internal

a. Pendidikan

Pendidikan merupakan bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju impian atau cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan agar tercapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi berupa hal hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra yang dikutip oleh Notoatmodjo, pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berpesan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi.

b. Pekerjaan

Menurut Thomas yang kutip oleh Nursalam, pekerjaan adalah suatu keburukan yang harus dilakukan demi menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya. Pekerjaan tidak diartikan sebagai sumber kesenangan, akan tetapi

merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan memiliki banyak tantangan. Sedangkan bekerja merupakan kegiatan yang menyita waktu.

c. Umur

Menurut Elisabeth BH yang dikutip dari Nursalam (2014), usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun . sedangkan menurut Huclok (1998) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya.

d. Faktor Lingkungan

Lingkungan ialah seluruh kondisi yang ada sekitar manusia dan pengaruhnya dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu atau kelompok.

e. Sosial Budaya

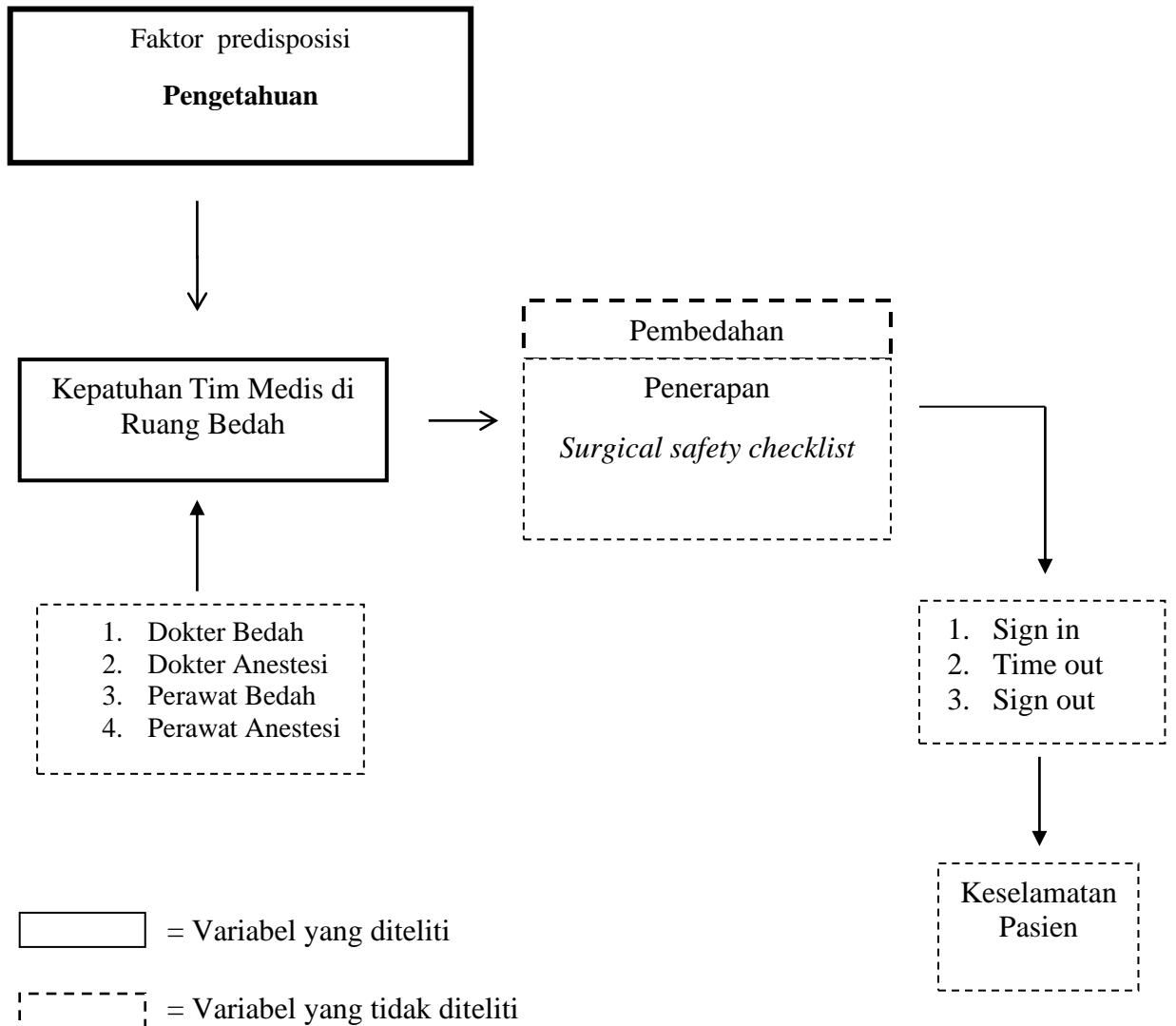
Sistem sosial budaya pada masyarakat dapat memberikan pengaruh dari sikap dalam menerima informasi

2.4.3 Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Nursalam (2016) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

1. Pengetahuan Baik : 76 % - 100 %
2. Pengetahuan Cukup : 56 % - 75 %
3. Pengetahuan Kurang : < 56 %

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2 1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*.