

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Rumah sakit merupakan layanan jasa yang memiliki peran penting dalam kehidupan masyarakat. Rumah sakit sebagai instansi pelayanan kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien. Tujuan dari pelayanan rumah sakit mengutamakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti *diskriminatif* dan *efektif* dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Pasien sebagai pengguna pelayanan kesehatan berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit (Undang-Undang tentang Kesehatan dan Rumah Sakit Pasal 32 UU No.44/2009).

Pelayanan yang ada di Rumah Sakit adalah pelayanan rawat inap, pelayanan poliklinik, pelayanan penunjang dan instalasi khusus. Pelayanan rawat inap adalah kelas III, kelas II, kelas I dan VIP. Pelayanan penunjang adalah laboratorium dan radiologi. Pelayanan poliklinik (mata, kulit kelamin, anak, *orthopedic*, bedah, syaraf, kandungan dan dalam). Instalasi khusus yaitu *intensive care unit* (ICU), haemodialisa, Instalasi Bedah Sentral (IBS) (Permenkes No. 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit).

Ruang IBS merupakan instalasi khusus yang diperuntukkan bagi pasien yang memerlukan tindakan pembedahan dan yang bertanggung jawab adalah dokter bedah. Pelayanan tindakan medis operasi dilakukan secara tim meliputi dokter *anestesi*, dokter *operator*, dan keperawatan (perawat *instrument*, perawat *anestesi*, perawat sirkulasi dan perawat pemulihan). Tindakan operasi atau pembedahan merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien. Berbagai kemungkinan buruk bisa saja terjadi yang akan membahayakan bagi pasien. Pasien dan keluarganya menunjukkan sikap yang agak berlebihan dengan kecemasan yang mereka alami. Perawat mempunyai peranan yang sangat penting dalam setiap tindakan pembedahan baik pada masa sebelum, selama maupun setelah operasi. *Intervensi* keperawatan yang tepat diperlukan untuk mempersiapkan pasien baik secara fisik maupun psikis (Potter dan Perry, 2010).

Tingkat keberhasilan pembedahan sangat tergantung pada setiap tahapan yang dialami dan saling ketergantungan antara tim kesehatan yang terkait (dokter bedah, dokter *anestesi* dan perawat) di samping peranan pasien yang *kooperatif* selama proses *perioperatif*. Faktor penting yang terkait dalam tindakan perawatan *perioperatif* yang berkesinambungan dan tepat akan sangat berpengaruh terhadap suksesnya pembe

dan kesembuhan pasien. Perawatan *perioperatif* adalah periode sebelum, selama dan sesudah operasi berlangsung. Keperawatan *perioperatif* adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Keperawatan *perioperatif* adalah fase penatalaksanaan pembedahan yang merupakan pengalaman yang unik bagi pasien (Pierce, 2010).

Masalah yang sering terjadi di ruang IBS adalah salah prosedur operasi, salah lokasi operasi, salah pasien operasi. Penelitian Hasri (2012) menemukan potensi kejadian tidak diinginkan (KTD) yang terjadi di IBS Rumah Sakit karena belum menerapkan praktik-praktik yang akan meningkatkan keselamatan pasien yang menjalani pembedahan seperti tertuang pada *Surgical Safety Checklist* (SSC). Jenis *Surgical Safety Checklist* yang tidak pernah dilakukan *Sign In*(SI) berupa pemberian tanda sisi operasi sebesar (100%). Fase *Time Out* (TO) anggota tim operasi tidak memperkenalkan diri dan perannya, secara lisan dokter bedah, *anestesi* dan perawat konfirmasi sisi pembedahan, prosedur pembedahan, demikian pula *review* dokter bedah dan *anestesi* tidak dilakukan. Fase *Sign Out* (SO) konfirmasi jenis prosedur selesai operasi dan konfirmasi penghitungan jumlah peralatan operasi, kasa dan jarum responden tidak pernah dilakukan. Juliana Sandrawati (2013) mengatakan penerapan *Surgical Safety Checklist* di kamar operasi sebagai alat untuk meningkatkan keamanan operasi masih rendah (55,9%). Kebijakan tentang keselamatan operasi secara tertulis belum ada, sebagian besar responden belum mengetahui Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang pemberian tanda sisi operasi (54,3%). Pengetahuan tentang *Surgical Safety Checklist* masih rendah (61%), sehingga menyebabkan kepatuhan penerapan *Surgical Safety Checklist* dan kelengkapan pengisian rendah.

WHO (2008), menjelaskan bahwa *surgical safety checklist* di kamar operasi digunakan melalui 3 tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktunya yaitu saat sebelum induksi anestesi (*Sign In*), sebelum dilakukan insisi kulit (*Time Out*) dan sebelum mengeluarkan pasien dari kamar operasi (*Sign Out*). *Surgical Safety Checklist* tersebut sudah baku dari WHO yang merupakan alat komunikasi praktis dan sederhana dalam memastikan keselamatan pasien dalam tahap *preoperatif*, *intraoperatif* dan *paskaoperatif*. Belum ada data yang lengkap tentang angka kematian dan komplikasi pembedahan di Indonesia. Demikian pula belum ada data lengkap tentang praktek keselamatan pasien (*patient safety*) pada tindakan pembedahan di Indonesia. Pelaksanaan keselamatan pasien dengan *Surgical Safety Checklist* (SSC) WHO di Indonesia juga belum banyak dilaporkan ( Saputra 2015).

Dampak positif dari *Surgical Safety Checklist* adalah meningkatkan keselamatan pasien, meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit dan menurunkan beban kerja perawat. Keselamatan pasien khususnya selama proses operasi juga diatur oleh WHO dalam WHO *Guidelines for Safe Surgery 2009*. *Safety surgery* adalah langkah *patient safety* di kamar bedah untuk meningkatkan keselamatan pasien selama prosedur pembedahan, mencegah terjadi kesalahan lokasi operasi, serta mengurangi komplikasi kematian akibat pembedahan (WHO 2008). Dampak penerapan *Surgical Safety Checklist* di IBS Rumah Sakit yang rendah memiliki resiko terjadi insiden salah lokasi, salah prosedur, salah pasien pada tindakan operasi. KTD yang terjadi dalam tindakan operasi dapat berakibat merugikan pasien, meningkatkan angka kesakitan bertambah dan lama perawatan pasien, selain itu dapat mengakibatkan pada penurunan mutu rumah sakit. Dampak yang lain itu dapat menyebabkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit menurun. Kasus terkait tindakan operasi di Indonesia yaitu kasa tertinggal di ruang antara otot dan tulang dan salah amputasi kaki (Efa Trisna, 2016).

*Patient Safety* juga merupakan salah satu dimensi mutu yang saat ini menjadi pusat perhatian para praktisi pelayanan kesehatan dalam skala nasional maupun global. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sedikitnya ada setengah juta kematian akibat pembedahan yang sebenarnya bisa dicegah. Program *Safe Surgery Saves Lives* memperkenalkan dan melakukan uji coba *surgical safety checklist* sebagai upaya untuk keselamatan pasien dan mengurangi jumlah angka kematian di seluruh dunia. Tujuan utama dari *surgical safety checklist* untuk menurunkan KTD di kamar operasi (Siagian, 2011).

Upaya yang dilakukan untuk menanggulangi KTD adalah dengan meningkatkan pengetahuan perawat melalui *workshop*, seminar, pelatihan dan pendidikan. Pelatihan yang harus dimiliki oleh perawat di IBS adalah Pelatihan Bedah Dasar. Pelatihan Bedah Dasar meliputi *peri operative care* di kamar bedah, *job description* perawat kamar bedah, *insisi area* operasi, *instrumen* bedah, *sterilisasi*, teknik *aseptic* area operasi, *drapping*, prinsip teknik *steril* dan *patient safety* di kamar bedah (HIPKABI, 2014).

Siagian (2011) pada kasus bedah *digestif* di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Pendidikan Dr. Sardjito di Yogyakarta, menemukan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* belum secara konsisten dilaksanakan, dengan masih ditemukannya kejadian tidak diharapkan. Infeksi luka operasi terjadi 9,1%, koma >24 jam sebanyak 2,3%, penggunaan ventilator >48 jam 4,5%, operasi ulang pasien tanpa terencana 2,3%, perdarahan yang memerlukan transfusi dalam 72 jam 4,5% dan kematian 4,5%. Dari

hasil tersebut maka rumah sakit perlu melakukan *surgical patient safety* secara rutin dan berkelanjutan untuk mengetahui pengaruhnya terhadap mutu pelayanan pasien.

Penelitian Weiser et al., (2008) studi implementasi WHO *Surgical Safety Checklist* pasca ujicoba yang dilakukan di delapan rumah sakit yang sama didapatkan penurunan komplikasi pada operasi darurat sebesar 63,6%, penurunan angka kematian di rumah sakit akibat operasi dari 3,7% menjadi 1,4%, angka infeksi luka operasi (ILO) turun dari 11,2% menjadi 6,6% dan kehilangan darah lebih dari 500 ml turun dari 20,2% menjadi 13,2%. Penelitian Latosinsky et al., (2010) jika *Surgical Patient Safety* dilaksanakan secara konsisten akan menurunkan angka kematian dari 1,5% menjadi 0,8% dan menurunkan komplikasi yang terjadi dari 11% menjadi 7% (Nurisda eva 2017). Selain penggunaan *checklist* kelompok studi ini juga melakukan intervensi pengenalan diri dan perannya dalam tim, kondisi pasien sebelum operasi, potensi penyulit yang mungkin muncul, kebutuhan peralatan khusus, posisi pasien dan lain-lain. Tim operasi bisa jadi bekerja tanpa saling mengetahui nama masing-masing dikarenakan kurangnya pengenalan diantara tim, akibatnya akan sulit bagi anggota tim untuk bertanya, mengingatkan atau memberitahu jika ada masalah yang terjadi.

Penelitian Haynes et al., (2009) dalam penerapan 19 item *surgical safety checklist* terbukti menurunkan angka kematian dari 1,5% menjadi 0,8%, penurunan komplikasi dari 11% menjadi 7% dan penurunan infeksi nosokomial dari 6,2% menjadi 3,4%. Penelitian Vries et al., (2009) pada salah satu studi analisis kohort retrospektif oleh “ a *Surgical Patient Safety System (SURPASS)*” didapatkan bahwa walaupun waktu pemberian antibiotik profilaksis dengan menerapkan *surgical patient safety checklist* praoperasi lebih lama dari 23.9 – 29.9 menit menjadi 32.9 menit, tetapi proporsi pasien yang tidak menerima antibiotik sampai insisi kulit menurun sebesar 6% (Vries, 2009).

Masalah kepatuhan tidak bisa dipungkiri, kelalaian bisa saja terjadi, baik seperti kurang hati-hati, acuh tak acuh, ataupun mengabaikan standar prosedur operasi yang seringkali menyebabkan permasalahan hukum. Oleh sebab itu, hal yang sangat perlu dilakukan untuk meminimalisir kelalaian terutama dalam ruang lingkup pembedahan yaitu persiapan dan pelaksanaan yang matang sebelum pembedahan. Seluruh komponen menyangkut persiapan dan pelaksanaan *Time Out* adalah penting, sebab jika terjadi kesalahan akibat kelalaian dalam pelaksanaan, maka doktrin "*Res ipsa Liquitor*" yaitu fakta membuktikan sendiri akan menjerumuskan pelaksana, pembelaan sulit dilakukan oleh pelaksana tersebut, sebab kelalaian tersebut dapat juga dibuktikan dengan mudah oleh

orang awam. Maka, begitu pentingnya *Time Out* ini sehingga menjadi salah satu unsur yang dinilai pada akreditasi *JCI (Joint Commission International)* (Hidayat, 2014).

Kepatuhan melakukan *Surgical Safety* adalah tindakan untuk melakukan *surgical safety* dengan benar dan baik. *Checklist* WHO tersebut telah dirancang dengan secara efisien dan efektif untuk dapat dipergunakan oleh tim bedah di kamar operasi, sehingga diperlukan tambahan pengetahuan dan sosialisasi yang berkala bagi personel kamar bedah untuk dapat meningkatkan pengetahuan, penerimaan, dan kemampuan dalam menerapkan (Surgical Iven, 2010).

*Patient Safety* di kamar bedah mencakup *Surgical Safety Checklist*. *Surgical Safety Checklist* adalah *checklist* yang dilakukan tim bedah terhadap pasien yang akan dilakukan operasi untuk meningkatkan keselamatan pasien selama prosedur pembedahan, mencegah terjadi kesalahan lokasi operasi, prosedur operasi serta mengurangi komplikasi kematian akibat pembedahan (Pierce, 2010). *Surgical Safety Checklist* di kamar bedah digunakan melalui tiga tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktu yaitu sebelum induksi anestesi (*Sign In*), sebelum insisi kulit (*Time Out*) dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (*Sign Out*). Perawat IBS diharapkan menerapkan *Surgical Safety Checklist* secara optimal untuk mencegah KTD pada tindakan pembedahan. Pelatihan mengenai *Surgical Safety Checklist* kepada perawat IBS untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dan peningkatan keselamatan pasien di kamar operasi (Siagian, 2011).

Tindakan pembedahan yang sering dilakukan di IBS RSUD Wonosari adalah operasi: *orthopedic*, bedah umum, bedah obsgyn, bedah THT dan bedah mata. Pada tahun 2015 terjadi salah lokasi operasi hernia karena tidak ada tanda pada sisi yang akan dilakukan operasi dan tahun 2016 terjadi kesalahan operasi tumor padat ovarium membuka kandung kemih karena pasien sebelum operasi tidak terpasang kateter (KKP RS). KTD terjadi karena pengisian *Surgical Safety Checklist* tidak lengkap. Wawancara dengan 5 perawat IBS didapatkan 3 perawat mengatakan belum pernah mengisi *Surgical Safety Checklist* karena tidak mengetahui cara mengisi *Surgical Safety Checklist* dan pentingnya *Surgical Safety Checklist* bagi keselamatan pasien, sedangkan 2 perawat mengatakan mengisi *Surgical Safety Checklist* hanya untuk melengkapi data tetapi cara pengisian *Surgical Safety Checklist* tidak tepat sesuai yang diharapkan. Berdasarkan laporan bulanan didapatkan pengisian *Surgical Safety Checklist* tidak lengkap hanya 60% dan penandaan lokasi operasi 40% (KKP RS 2017).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan metode observasi dan wawancara dengan 17 anggota tim IBS RSUD Wonosari Gunungkidul tahun 2018 didapatkan bahwa *surgical safety checklist* sudah tersedia di Instalasi Bedah Sentral (IBS) sejak 5 tahun yang lalu. Dari 17 anggota tim bedah baru 3 anggota yang pernah mengikuti Pelatihan Bedah Dasar sedangkan 14 anggota belum pernah mengikuti Pelatihan Bedah Dasar. Perawat IBS yang belum mengikuti Pelatihan Bedah Dasar mengakibatkan pengisian *Surgical Safety Checklist* tidak lengkap dan pemberian tanda pada lokasi operasi banyak terlewat.

Berdasarkan wawancara dengan koordinator *Patient Safety* di IBS RSUD Wonosari mengatakan bahwa pelaksanaan *surgical safety checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Wonosari, *surgical safety checklist* yang digunakan mengacu pada *surgical safety checklist* buatan WHO. Koordinator *surgical safety checklist* adalah perawat bedah atau *anestesi* yang mengikuti operasi tersebut. Selama penerapan *surgical safety checklist* di IBS kendala yang sering terjadi jika ada operasi yang bersamaan penerapan *surgical safety checklist* sering terlewat dan juga belum adanya pelatihan mengenai *patient safety* di IBS dan penggunaan *surgical safety checklist* itu sendiri

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi terhadap kepatuhan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi RSUD Wonosari.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan wawancara dengan koordinator *Patient Safety* di IBS RSUD Wonosari mengatakan bahwa pelaksanaan *surgical safety checklist* di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Wonosari, *surgical safety checklist* yang digunakan mengacu pada *surgical safety checklist* buatan WHO. Koordinator *surgical safety checklist* adalah perawat bedah atau *anestesi* yang mengikuti operasi tersebut. Selama penerapan *surgical safety checklist* di IBS kendala yang sering terjadi jika ada operasi yang bersamaan penerapan *surgical safety checklist* sering terlewat dan juga belum adanya pelatihan mengenai *patient safety* di IBS dan penggunaan *surgical safety checklist* itu sendiri

Pengetahuan perawat sangat penting untuk peningkatan keselamatan pasien diantaranya dengan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* dengan benar dan tepat sehingga KTD tidak ada. Berdasarkan latar belakang diatas penting adanya pemberian pelatihan ke perawat sehingga rumusan masalah peneliti adalah, “Apakah ada pengaruh

pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi terhadap kepatuhan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi RSUD Wonosari”.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi terhadap kepatuhan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi RSUD Wonosari.

#### 2. Tujuan khusus

- a. Karakteristik responden umur, jenis kelamin, lama bekerja, pendidikan.
- b. Untuk mengetahui kepatuhan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi RSUD Wonosari sebelum dilakukan pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi.
- c. Untuk mengetahui kepatuhan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi RSUD Wonosari setelah dilakukan pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi.
- d. Menganalisis pengaruh pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi terhadap kepatuhan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi RSUD Wonosari.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan tentang pengaruh pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi terhadap kepatuhan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi.

#### 2. Manfaat Praktis

##### a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi program berkelanjutan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan melakukan pelatihan *surgical safety checklist* di kamar operasi.

##### b. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang pengaruh pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi terhadap kepatuhan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi sehingga

terus berupaya untuk meningkatkan pengetahuan melalui pelatihan dan seminar yang terkait.

c. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan motivasi pengisian *surgical safety checklist* sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) dan memotivasi untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dengan peningkatan jenjang pendidikan dan pelatihan.

## E. Keaslian Penelitian

1. Hasri (2012) tentang “Praktik Keselamatan Pasien Bedah Di Rumah Sakit Daerah”. Metode penelitian ini adalah *cross-sectional survey*. Subjek adalah semua pasien berjumlah 93 pasien yang menjalani pembedahan *mayor* pada periode Mei-Juli 2012, terdiri dari 44 pasien bedah elektif dan 49 pasien bedah emergensi. Observasi dilakukan menggunakan *surgical safety checklist* dan dianalisis secara *deskriptif*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan *surgical safety checklist* secara konsisten 100% ditemukan pada cek kelengkapan anestesi dan fungsi *pulse oximeter (fase signin)*, dan *review* sterilitas peralatan pembedahan (*fase time out*). Tidak satupun jenis checklist pada *fase sign out* yang diterapkan pada seluruh kasus pembedahan mayor. Sedangkan penelitian yang telah dilakukan adalah judul pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi terhadap kepatuhan pengisian *surgical safety checklist*, tempat penelitian di RSUD Wonosari, populasi penelitian semua perawat di IBS RSUD Wonosari yang belum mengikuti pelatihan bedah dasar dan metode penelitian *pre eksperimental* dengan rancangan *one group pre test-post test*.
2. Wardhani (2012) tentang “Proses Pelayanan Operasi Di Rumah Sakit”. Metode penelitian adalah studi observasional dengan menggunakan *Health Care Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA)*, yaitu suatu metode untuk mengenali proses yang berisiko tinggi, penyebab kesalahan tersebut secara sistematis. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi persiapan dan prosedur operasi di ruang perawatan dan kamar operasi, delapan belas wawancara, pemeriksaan dokumen dan diskusi kelompok terfokus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 25 aktivitas yang tidak dilakukan, maka kemungkinan salah meningkat menjadi 22%, dan apabila proses terdiri dari 100 langkah, maka kemungkinan salah mencapai 63%. Factor penyebab terjadinya potensi resiko adalah kompetensi perawat yang kurang, tidak

adanya dokter *operator* yang tetap, kurangnya *supervise*, monitor dan evaluasi, serta banyaknya transisi yang mendorong terjadinya pengabaian prosedur komunikasi pada setiap transisi antar bagian atau antar shift. Semua factor menggambarkan belum berkembangnya budaya keselamatan pasien. Persamaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah untuk mengetahui resiko insiden keselamatan pasien pada proses pelayanan operasi. Sedangkan penelitian yang telah dilakukan adalah judul pelatihan pengisian *surgical safety checklist* terhadap kepatuhan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi, tempat penelitian di RSUD Wonosari, populasi penelitian semua perawat di IBS RSUD Wonosari yang belum mengikuti pelatihan bedah dasar dan metode penelitian *pre eksperimental* dengan rancangan *one group pre test-post test*.

3. Saputra (2015) tentang “Pengisian *Sign In* Dalam Meningkatkan Kepatuhan *Safe Surgery* Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta II. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan *action research*. Populasi penelitian ini adalah semua dokter dan perawat *anestesi*. Jumlah sampel 6 orang. Data dikumpulkan dengan cara observasi lembar *surgical safety checklist: Sign In* Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II selama 3 *siklus observasi*. Hasil *observasi* pada *siklus* pertama hingga ketiga menunjukkan bahwa seluruh perawat *anestesi* tidak patuh (100%) dalam mengisi *surgical safety checklist: Sign In*. Hasil dari respon setiap siklus dan wawancara tersruktur dengan dokter *anestesi* menunjukkan bahwa perawat masih bingung cara menggunakan *checklist*, *checklist* belum menjadi kebutuhan, budaya *patient safety* masih minim, kualitas sumber daya manusia kurang dan belum adanya mekanisme pengawasan dan kurangnya sosialisasi *surgical safety checklist*. Persamaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah pengisian *surgical safety checklist* secara lengkap. Sedangkan penelitian yang telah dilakukan adalah judul pelatihan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi terhadap kepatuhan pengisian *surgical safety checklist*, tempat penelitian di RSUD Wonosari, populasi penelitian semua perawat di IBS RSUD Wonosari yang belum mengikuti pelatihan bedah dasar dan metode penelitian *pre eksperimental* dengan rancangan *one group pre test-post test*.

