

BAHAN AJAR
KEPERAWATAN

MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN



» Tutiany
Lindawati
Paula Krisanti



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2017

BAHAN AJAR
KEPERAWATAN

MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN

» Tutiany
Lindawati
Paula Krisanti



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2017

Hak Cipta dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Oktober 2017

Penulis : 1. Dr. Tutiany, S.Kp/, M.Kes
2. Lindawati, SKM., M.Kes
3. Paula Krisanti, S.Kep.Ns,MA

Pengembang Desain Instruksional : Rini Dwiyani H., S.E., M.T.

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : Bangun Asmo Darmanto S. des

Tata Letak : Fahreis Hertansyah Pohan, S.Sn.

Jumlah Halaman : 297

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| BAB I: KONSEP KESELAMATAN PASIEN | 1 |
| Topik 1. | |
| APAKAH KESELAMATAN PASIEN ITU? | 2 |
| Latihan | 10 |
| Ringkasan | 12 |
| Tes 1 | 12 |
| Topik 2. | |
| Model Keselamatan Pasien | 14 |
| Latihan | 18 |
| Ringkasan | 19 |
| Tes 2 | 20 |
| Topik 3. | |
| Ekstraksi Tumbuhan | 22 |
| Latihan | 28 |
| Ringkasan | 29 |
| Tes 3 | 30 |
| Daftar Pustaka | 33 |
| BAB II: CARA-CARA EKSTRAKSI DALAM PEMBUATAN EKSTRAK | 34 |
| Topik 1. | |
| Ekstraksi Cara Panas | 36 |
| Latihan | 44 |
| Ringkasan | 44 |
| Tes 1 | 46 |
| Topik 2. | |
| Ekstraksi Cara Dingin | 48 |
| Latihan | 63 |
| Ringkasan | 64 |
| Tes 2 | 65 |
| Topik 3. | |
| Penguapan dan Pengeringan Hasil Ekstraksi | 67 |
| Latihan | 80 |
| Ringkasan | 80 |
| Tes 3 | 81 |

| | |
|---|------------|
| BAB III: PRAKTIKA DOKUMENTASI PADA PELAYANAN DAN STRATEGI KHUSUS | 85 |
| Topik 1. | |
| PEMISAHAN ZAT DALAM EKSTRAK | 86 |
| Latihan | 107 |
| Ringkasan | 108 |
| Tes 1 | 109 |
| Topik 2. | |
| IDENTIFIKASI SENYAWA DALAM EKSTRAK | 111 |
| Latihan | 119 |
| Ringkasan | 120 |
| Tes 2 | 121 |
| Daftar Pustaka | 124 |
| BAB IV: PRAKTIKA DOKUMENTASI PADA PELAYANAN DAN STRATEGI KHUSUS | 126 |
| Topik 1. | |
| PEMISAHAN ZAT DALAM EKSTRAK | 128 |
| Latihan | 137 |
| Tes 1 | 138 |
| Topik 2. | |
| PEMBUATAN EKSTRAK DENGAN CARA SOKHLETASI DAN REFLUKS | 140 |
| Latihan | 149 |
| Tes 2 | 150 |
| Topik 3. | |
| PEMBUATAN EKSTRAK DENGAN CARA MASERASI | 152 |
| Latihan | 171 |
| Tes 4 | 172 |
| Topik 4. | |
| PEMBUATAN EKSTRAK DENGAN CARA PERKOLASI | 162 |
| Latihan | 159 |
| Tes 3 | 160 |
| Daftar Pustaka | 175 |

| | |
|---|------------|
| BAB V: PRAKTIKUM PEMISAHAN ZAT DALAM EKSTRAK | 176 |
| Topik 1. | |
| PEMISAHAN ZAT SECARA KROMATOGRAFI KERTAS | 177 |
| Latihan | 187 |
| Tes 1 | 188 |
| Topik 2. | |
| PEMISAHAN ZAT SECARA KROMATOGRAFI LAPIS TIPIS | 190 |
| Latihan | 199 |
| Tes 2 | 200 |
| Topik 3. | |
| PEMISAHAN DAN PENETAPAN KADAR MINYAK ATSIRI SECARA DESTILASI | 202 |
| Latihan | 209 |
| Tes 3 | 210 |
| Daftar Pustaka | 213 |
| BAB VI: PRAKTIKUM IDENTIFIKASI ZAT DALAM EKSTRAK | 214 |
| Topik 1. | |
| IDENTIFIKASI BAHAN KIMIA OBAT DALAM JAMU | 216 |
| Latihan | 225 |
| Tes 1 | 226 |
| Topik 2. | |
| IDENTIFIKASI SENYAWA FITOKIMIA DALAM EKSTRAK | 228 |
| Latihan | 236 |
| Tes 2 | 237 |
| Daftar Pustaka | 240 |

BAB I

KONSEP KESELAMATAN PASIEN

Ns. Paula Krisanty, S.Kep, MA

PENDAHULUAN

Sebuah realisasi yang menentukan pada tahun 1990an adalah bahwa, terlepas dari semua kekuatan obat modern yang diketahui untuk menyembuhkan dan memperbaiki penyakit, rumah sakit bukanlah tempat yang aman untuk penyembuhan. Sebaliknya, rumah sakit adalah tempat yang penuh dengan risiko yang membahayakan pasien. Salah satu respon penting terhadap realisasi ini adalah meningkatnya minat terhadap keselamatan pasien. Semakin jelas bahwa keselamatan pasien telah menjadi satu disiplin ilmu tersendiri, lengkap dengan pengetahuan dan keahlian terpadu, dan memiliki potensi untuk merevolusi perawatan kesehatan, mungkin sama radikalnya dengan biologi molekuler yang secara dramatis meningkatkan kemampuan terapeutik dalam pengobatan.

Keselamatan pasien telah diakui di banyak negara, dengan kesadaran global dipupuk oleh Aliansi Dunia untuk Keselamatan Pasien dari WHO (Emanuel, 2008). Namun tetap ada tantangan yang signifikan untuk menerapkan kebijakan dan praktik keselamatan pasien. Salah satu persyaratan mendasar untuk mengadopsi pendekatan baru adalah artikulasi yang jelas tentang premis dan manifestasinya. Komponen keselamatan pasien telah diungkapkan oleh banyak ahli, dan model telah dipresentasikan. Namun, satu persepsi tunggal yang dapat membantu adopsi menyeluruh terhadap perawatan kesehatan pasien di seluruh dunia belum tersedia. Modul ini bertujuan untuk menawarkan itu. Setelah memperkenalkan poin penting dalam sejarah perkembangan keselamatan pasien, kami menawarkan sebuah definisi, deskripsi, dan akhirnya, model keselamatan pasien.

Seiring sejarah intelektual keselamatan pasien berkembang, semakin penting untuk menentukan keselamatann pasien. Apakah keselamatan pasien adalah cara untuk melakukan sesuatu- yaitu filosofi (dengan kerangka kerja penjas, prinsip etika, dan metode) dan disiplin (dengan keahlian)? Ataukah atribut- maksud, tujuan dan kondisi (aman), properti yang muncul dari sistem? Definisi yang ada sepertinya sangat beragam dan mengundang pertanyaan.

Meskipun *Institute of Medicine (IOM)* mendefinisikan keamanan sebagai "kebebasan dari kecelakaan", keselamatan pasien sebagai disiplin atau bidang penyelidikan dan tindakan belum sepenuhnya didefinisikan sampai saat ini dalam pernyataan konsensus utama organisasi yang telah mendorong keberadaannya (Hughes, 2008).

Setelah mempelajari modul ini Anda diharapkan dapat menjelaskan pengertian keselamatan pasien. Lebih khusus Anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan konsep keselamatan pasien.
2. Menjelaskan model keselamatan pasien.

TOPIK I

Apakah Keselamatan Pasien itu?

Mahasiswa sekalian, menurut Anda apakah keselamatan pasien itu?

Menurut Vincent (2008), keselamatan pasien didefinisikan sebagai penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari hasil tindakan yang buruk atau injuri yang berasal dari proses perawatan kesehatan.



Definisi ini membawa beberapa cara untuk membedakan keselamatan pasien dari kekhawatiran yang lebih umum mengenai kualitas layanan kesehatan, yang disebut oleh Vincent sebagai "sisi gelap kualitas". Perawatan kesehatan, dalam banyak kasus setidaknya, sangat berbahaya dan definisi secara implisit mengakui hal ini. Definisi ini juga mengacu pada perbaikan hasil buruk atau injuri, yang memperluas definisi di luar masalah keselamatan tradisional terhadap area yang mungkin, di banyak industri, disebut manajemen bencana. Dalam perawatan kesehatan, perbaikan pertama-tama mengacu pada kebutuhan akan intervensi medis yang cepat untuk mengatasi krisis segera, tetapi juga untuk kebutuhan merawat pasien dengan injuri dan untuk mendukung staf yang terlibat.

Pengertian lain tentang keselamatan pasien yaitu menurut Emanuel (2008), yang menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah disiplin ilmu di sektor perawatan kesehatan yang menerapkan metode ilmu keselamatan menuju tujuan mencapai sistem penyampaian layanan kesehatan yang dapat dipercaya. Keselamatan pasien juga merupakan atribut sistem perawatan kesehatan; Ini meminimalkan kejadian dan dampak, dan memaksimalkan pemulihan dari efek samping.

Definisi singkat yang diberikan di atas bagaimanapun, tidak benar-benar menangkap karakteristik pendefinisian keselamatan pasien dan latar belakang konseptualnya. Badan Keselamatan Pasien Nasional Amerika Serikat berusaha melakukan ini saat membuat agenda penelitian untuk keselamatan pasien. Mereka secara khusus menunjuk pada kenyataan bahwa prakarsa-prakarsa kualitas tradisional belum sepenuhnya mengatasi kesalahan dan kerugian, keamanan berada di dalam sistem dan juga orang-orang, dan keselamatan itu harus secara aktif dikejar dan dipromosikan (Emanuel et al, 2008). Cukup berusaha menghindari kerusakan saja tidak cukup. Sebaliknya seseorang harus mengurangi kesalahan dari semua jenis dan mengejar keandalan tinggi sebagai komponen penting dari perawatan berkualitas tinggi.

Keselamatan pasien terutama berkaitan dengan penghindaran, pencegahan dan perbaikan hasil buruk atau injuri yang berasal dari perawatan kesehatan itu sendiri. Ini harus membahas kejadian yang mencakup rangkaian "kesalahan" dan "penyimpangan" terhadap kecelakaan.

Keselamatan muncul dari interaksi komponen sistem. Ini lebih dari sekedar tidak adanya hasil yang merugikan dan ini lebih dari sekedar menghindari kesalahan atau kejadian yang dapat dicegah. Keselamatan tidak berada dalam diri seseorang, perangkat atau departemen. Meningkatkan keamanan tergantung pada belajar bagaimana keselamatan muncul dari interaksi komponen.

Keselamatan pasien terkait dengan "kualitas perawatan", namun kedua konsep tersebut tidak identik. Keselamatan merupakan bagian penting dari kualitas. Sampai saat ini, kegiatan untuk mengelola kualitas tidak terfokus secukupnya pada masalah keselamatan pasien (*National Patient Safety Foundation, 2000, dalam Vincent, 2010*).

Mengapa Keselamatan Pasien Relevan dengan Pelayanan Kesehatan?

Kualitas perawatan telah menjadi fokus yang sangat penting di bidang perawatan kesehatan primer untuk beberapa waktu dan pekerjaan ini terkait dengan perbaikan hasil yang cukup besar pada pasien. Dalam bidang ini, pemeriksaan keselamatan pasien baru saja muncul sebagai fokus yang berbeda selama dekade terakhir. Ada kesadaran yang meningkat bahwa risiko yang teridentifikasi di sektor perawatan akut terwujud dalam berbagai cara dalam perawatan kesehatan primer. Solusi yang dikembangkan dalam perawatan akut belum tentu berlaku di sini. Praktisi perawatan kesehatan primer dapat belajar dari sektor perawatan akut, namun juga perlu memeriksa secara seksama proses dan sistem mereka sendiri untuk mengidentifikasi risiko pasien tertentu dan solusi yang mungkin terjadi.

Keselamatan pasien dan kualitas pasien adalah jantung dari penyampaian layanan kesehatan. Untuk setiap pasien, yang merawat, anggota keluarga dan profesional kesehatan, keselamatan sangat penting untuk penegakan diagnosa, tindakan kesehatan dan perawatan. Dokter, perawat dan semua orang yang bekerja di sistem kesehatan berkomitmen untuk merawat, membantu, menghibur dan merawat pasien dan memiliki keunggulan dalam penyediaan layanan kesehatan untuk semua orang yang membutuhkannya. Telah ada investigasi yang signifikan dalam beberapa tahun terakhir dalam peningkatan layanan, peningkatan kapasitas sistem, perekrutan profesional yang sangat terlatih dan penyediaan teknologi dan perawatan baru. Namun sistem kesehatan di seluruh dunia, menghadapi tantangan dalam menangani praktik yang tidak aman, profesional layanan kesehatan yang tidak kompeten, tata pemerintahan yang buruk dalam pemberian layanan kesehatan, kesalahan dalam diagnosis dan perawatan dan ketidakpatuhan terhadap standar (*Commission on Patient Safety & Quality Assurance, 2008*).

Mengapa bidang keselamatan pasien ada? Keselamatan pasien sebagai sebuah disiplin dimulai sebagai tanggapan atas bukti bahwa kejadian medis yang merugikan tersebar luas dan dapat dicegah, dan seperti disebutkan di atas, bahwa ada "bahaya yang terlalu banyak" (Emanuel, 2008). Tujuan dari bidang keselamatan pasien adalah untuk meminimalkan kejadian buruk dan menghilangkan kerusakan yang dapat dicegah dalam perawatan kesehatan. Bergantung pada penggunaan istilah "bahaya" seseorang, mungkin bercita-cita untuk menghilangkan semua bahaya dalam perawatan kesehatan.

Apa sifat keselamatan pasien? Keselamatan pasien adalah disiplin yang relatif baru dalam profesi perawatan kesehatan. Program gelar pascasarjana saat ini diperkenalkan sebagai pengakuan atas keselamatan pasien sebagai sebuah disiplin. Ini adalah subjek dalam kualitas perawatan kesehatan. Namun, metodenya sebagian besar berasal dari disiplin ilmu kedokteran luar, terutama dari psikologi kognitif, rekayasa faktor manusia, dan ilmu manajemen organisasi. Semua itu, bagaimanapun juga berlaku untuk ilmu biomedis yang mendorong obat maju ke kapasitas luar biasa saat ini untuk menyembuhkan penyakit. Metode ilmu-ilmu tersebut antara lain berasal dari biologi, kimia, fisika, dan matematika. Menerapkan ilmu keselamatan ke perawatan kesehatan memerlukan penyertaan ahli dengan disiplin sumber baru, seperti rekayasa, namun tanpa perbedaan dari sasaran atau sifat menetap profesi medis.

Insiden keselamatan pasien akibat salah Pelayanan Kesehatan dan Kegagalan Sistem Medis

Sebagian besar informasi yang ada tentang risiko keselamatan pasien di rangkaian perawatan kesehatan primer berasal dari penelitian tentang kesalahan dan kejadian yang dilaporkan, termasuk penelitian yang telah mencoba mengembangkan taksonomi untuk mengklasifikasikan jenis kesalahan dan insiden yang terjadi dalam setting ini (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010*). Jenis penelitian ini umumnya didasarkan pada laporan pribadi anonim atau rahasia sukarela, dan sampai saat ini terbatas pada praktik umum.

Memvariasikan definisi istilah kesalahan, kejadian, dan laporan telah digunakan dalam penelitian yang dijelaskan dalam bagian ini. Definisi yang berbeda ini membatasi perbandingan hasil, dan tidak selalu sesuai dengan definisi istilah-istilah ini yang telah dikembangkan dalam literatur keselamatan pasien. Dalam modul ini istilah "insiden keselamatan pasien" akan digunakan secara umum, yang didefinisikan sesuai dengan Klasifikasi Internasional WHO untuk Keselamatan Pasien, yaitu: kejadian atau keadaan yang dapat mengakibatkan, atau mengakibatkan, kerugian yang tidak perlu pada pasien .

Australia telah menjadi salah satu pelopor pelaporan kejadian dalam praktik umum, dan studi oleh Badan Ancaman terhadap Keselamatan Pasien Australia (*Threats to Australian Patient Safety / TAPS*) adalah salah satu analisis insiden keselamatan pasien yang paling

komprehensif di dunia internasional (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010).

TAPS dan penelitian lainnya telah mengidentifikasi dua jenis insiden keselamatan pasien yang luas:

1. Insiden terkait dengan proses perawatan, termasuk proses administrasi, investigasi, perawatan, komunikasi dan pembayaran. Ini adalah jenis kejadian umum yang dilaporkan (berkisar antara 70% -90% tergantung pada penelitian).
2. Insiden terkait dengan pengetahuan atau keterampilan praktisi, termasuk diagnosis yang tidak terjawab atau tertunda, perlakuan salah dan kesalahan dalam pelaksanaan tugas.



“Couldn’t find anything wrong with this one. Maybe he’s just lazy.”

Sumber: Baldwin, M. (2006), Cartoonstock.com

Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut definisinya yaitu:

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.
2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (“*commission*”) atau karena tidak bertindak (“*omission*”), bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien.
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss* adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
4. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan , diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

5. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “*reportable circumstance*” adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
6. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.



Sumber: Kamagurka (2012), Cartoonstock.com

Sejarah Keselamatan Pasien dan Asal Usul Budaya Menyalahkan

Lompatan kuantum pertama mendefinisikan keselamatan pasien masuk ke dalam perawatan kesehatan (Emanuel et al, 2008). Kesadaran bahwa kejadian buruk sering terjadi karena kerusakan sistem, bukan hanya karena ketidakmampuan individu yang mendorong perubahan tersebut. Pendekatan tradisional mengasumsikan bahwa praktisi terlatih dan teliti tidak membuat kesalahan. Pemikiran tradisional menyamakan kesalahan dengan ketidakmampuan dan hukuman yang dianggap tepat dan efektif dalam memotivasi individu untuk lebih berhati-hati.

Penggunaan jenis kesalahan ini memiliki efek toksik. Praktisi jarang mengungkapkan kesalahan, dan pasien dan supervisor sering disimpan dalam kegelapan. Laporan yang rendah membuat pembelajaran dari kesalahan hampir tidak mungkin dilakukan, dan penasihat hukum sering mendukung dan mendorong pendekatan ini untuk meminimalkan risiko proses pengadilan malapraktik. Pola pikir ini memberi latar belakang antagonis yang waspada terhadap interaksi terapeutik. Ini juga menciptakan kelumpuhan yang terkunci untuk semua pihak terkait saat terjadi kegagalan.

Berpikir mulai berubah pada tahun 1990an sebagai tanggapan atas beberapa jenis informasi baru. Pertama, injuri medis diakui terjadi lebih sering daripada yang baru disadari,

dengan sebagian besar luka-luka ini dianggap dapat dicegah. Kedua adalah gagasan bahwa kesalahan "aktif" di "titik akhir yang tajam" - di mana para praktisi berinteraksi dengan pasien atau peralatan - hasil dari kesalahan "laten", seperti yang dideklarasikan oleh James Reason. Kesalahan laten adalah cacat hulu dalam perancangan sistem, organisasi, manajemen, pelatihan, dan peralatan ("tumpul akhir") yang menyebabkan individu pada akhir yang tajam membuat kesalahan. Untuk menghukum individu karena kesalahan semacam itu tampaknya tidak masuk akal, karena kesalahan pasti akan berlanjut sampai penyebab yang mendasarinya dapat diatasi.

Pada tahun 1980an, hanya ada sedikit penelitian yang tersedia, bahwa ketika meninjau kembali literatur yang ada, Charles Vincent menyarankan dalam sedikit makalah bahwa kurangnya perhatian penelitian terhadap kecelakaan medis dan kelalaian medis itu sendiri lalai (Vincent, 1989, dalam Vincent, 2010). Pada tahun 1990, editor *British Medical Journal* berpendapat untuk mempelajari kejadian kejadian buruk dan dikritik oleh presiden perguruan tinggi kerajaan karena menarik perhatian media massa untuk kesalahan medis (Smith, 2000, dalam Vincent, 2010). Pada tahun 1990, Medline, salah satu database penelitian medis utama, bahkan tidak memiliki subjek yang mengarah ke kesalahan medis. Namun, sejak pertengahan 1990an, jumlah makalah tentang kesalahan dan topik terkait keselamatan telah meningkat secara eksponensial, dengan beberapa ratus tahun terdaftar dalam kesalahan medis. Pada tahun 2000, *British Medical Journal* mencurahkan seluruh masalah untuk mengalihkan perhatian ke arus utama penyelidikan akademis dan klinis. Banyak jurnal kedokteran terkemuka lainnya telah mengikuti, dengan artikel utama dan seri tentang keselamatan pasien.

Kesalahan medis dan kerusakan pasien telah dijelaskan dan dipelajari selama lebih dari satu abad. Namun, terlepas dari beberapa perintis yang terisolasi, profesi medis dan keperawatan tampaknya tidak mengenali kembali tingkat dan keseriusan masalah atau, jika mereka melakukannya, tidak siap untuk mengetahuinya. Salah satu pencapaian besar dalam sepuluh tahun terakhir adalah bahwa kesalahan medis dan kerusakan pasien sekarang diakui dan dibahas secara terbuka oleh profesional kesehatan, politisi, dan masyarakat umum.

Sebelum ini, kesalahan medis jarang diakui pasien, hampir tidak pernah disebutkan dalam jurnal medis dan bahkan tidak dipertimbangkan oleh pemerintah; Penelitian tentang keselamatan dalam pengobatan dianggap paling baik sebagai topik pinggir dan paling buruk. Kenyataan bahwa ribuan, mungkin jutaan, orang-orang dilecehkan dengan tidak perlu dan sejumlah besar uang terbuang sepertinya telah luput dari perhatian semua orang. Dari pemahaman kami saat ini, ini nampaknya merupakan urusan yang aneh. Seolah-olah sebuah epidemi berkecamuk di suatu negara tanpa ada yang memperhatikan atau mengganggu untuk diselidiki.

Contoh insiden yang dilaporkan dari studi TAPS:

- Instruksi dosis tidak tepat yang salah pada resep Actonel mengakibatkan pasien mengkonsumsi obat mingguan setiap hari, tidak dikoreksi oleh apoteker.

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

- Pneumotoraks iatrogenik akibat pemberian injeksi nyeri yang tidak tepat untuk fibromyalgia.
- Komponen urin abnormal terjadi pada penderita yang salah dengan nama yang sama, diobati salah pasiennya yang berada di panti jompo, plus mengalami keterlambatan dalam merawat pasien asli yang memiliki hasil abnormal.
- Antimalaria yang diresepkan untuk pasien dengan pengobatan antiepilepsi yang bisa mengakibatkan interaksi serius jika pasien tidak mendapat pendapat kedua.
- Digunakan peralatan yang tidak benar saat mengambil spesimen untuk pengujian laboratorium selama operasi kecil, sehingga mengakibatkan kerusakan spesimen secara tidak disengaja.



- Pasien yang salah menanggapi panggilan di ruang tunggu, catatan dimasukkan ke file pasien lain.

Bagaimana kemudian keselamatan pasien berkembang dan muncul untuk mengasumsikan kepentingannya saat ini? Memahami keselamatan pasien akan lebih mudah jika kita melihat bagaimana hal itu muncul sebagai serangkaian gagasan dan inisiatif khas dalam konteks sejarah tertentu. Memahami asal usul dan pengaruh keselamatan pasien sangat penting untuk memahami karakter dan tempat khasnya dalam jaminan kualitas dan peningkatan persenjataan umum, yang akan kita pertimbangkan di bab berikutnya. Tentu saja, tentu saja, selalu ada dokter dan perawat yang, selain sadar akan keselamatan dalam praktik pribadi mereka, juga telah berupaya memperbaiki keseluruhan perawatan secara keseluruhan. Namun, gerakan pengaman yang lebih luas juga didorong dan dibentuk oleh beberapa pengaruh lainnya; Ini termasuk gerakan yang lebih luas untuk meningkatkan kualitas perawatan, refleksi tentang sifat kesalahan, kasus profil tinggi, pelajaran dari psikologi, faktor manusia dan industri berisiko tinggi, litigasi dan tekanan dari pasien, masyarakat dan pemerintah.

Kepemimpinan dan akuntabilitas merupakan kriteria penting untuk penyampaian sistem yang aman. Sangat penting untuk mencapai keseimbangan yang tepat dalam tata kelola organisasi dan struktural masing-masing unit layanan kesehatan dan pada tingkat lokal dan regional sistem kesehatan. Keselamatan pasien harus dilihat sebagai tidak hanya bisnis individu bernama yang uraian tugasnya mewajibkan kepatuhan terhadap standar

keselamatan dan keselamatan tertentu. Keselamatan dan kualitas adalah dan harus menjadi pekerjaan setiap orang yang bekerja di bidang kesehatan.

Dengan tidak adanya kepemimpinan yang efektif, individu yang mungkin memiliki motivasi tinggi mungkin tidak memiliki kekuatan pendorong yang diperlukan untuk menerapkan motivasi mereka dalam latihan dan mungkin menjadi tindakan yang sesuai. Ketidakpastian tidak kondusif bagi perawatan pasien berkualitas tinggi yang aman.

Meskipun banyak yang telah dikatakan dalam beberapa tahun terakhir tentang perlunya menciptakan "budaya yang adil" untuk mendorong keterbukaan dan kejujuran, ada juga argumen yang mendukung penerapan terhadap kompetensi dan kinerja tersebut telah jatuh di bawah apa yang mungkin cukup diharapkan dari mereka. Ketika pengiriman perawatan di bawah kualitas itu, mereka berhak untuk bertanya mengapa dan ingin diyakinkan bahwa tindakan telah diambil untuk melindungi mereka dan pasien masa depan dari bahaya serupa di masa depan.

Masalah budaya terkadang diidentifikasi sebagai penghalang bagi perubahan sistem di seluruh dunia. Dilihat secara negatif, isu-isu budaya ini mengacu pada sikap dan perilaku profesional dan organisasi yang tahan terhadap gangguan yang dirasakan dan mewujudkan antipati terhadap perubahan.

Sebaliknya, budaya keselamatan positif ditandai oleh komunikasi terbuka, saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan dan kepercayaan diri terhadap kemandirian tindakan pencegahan. Upaya yang meningkat diperlukan di Irlandia untuk memperbaiki budaya nasional, profesional dan organisasional sehingga keselamatan pasien dipahami, dipromosikan dan didukung di semua tingkat.

Pengalaman dari sistem lain menunjukkan bahwa kepemimpinan profesional yang efektif sangat penting dalam mencapai perubahan budaya yang diperlukan untuk menyediakan layanan berkualitas tinggi yang aman. Pemimpin membawa perubahan dengan terlebih dahulu memeriksa situasi saat ini, melihat ke depan untuk kemungkinan masa depan dan mengenali area untuk perbaikan. Mereka kemudian menciptakan sistem baru atau mengubah sistem dari apa adanya dengan melibatkan diri dan melibatkan orang-orang yang menggunakan layanan mereka dan orang-orang yang menyediakannya. Komisi mengakui kebutuhan akan kepemimpinan klinis yang kuat di tingkat nasional dan organisasi dalam perawatan kesehatan dan merekomendasikan penugasan peran pendahuluan khusus untuk tujuan ini.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan dasar-dasar terbentuknya keselamatan pasien sebagai disiplin ilmu!
- 2) Jelaskan satu contoh insiden keselamatan pasien!
- 3) Jelaskan tentang budaya menyalahkan dalam keselamatan pasien!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Mengapa Keselamatan Pasien Relevan dengan Pelayanan Kesehatan?

Keselamatan pasien dan kualitas pasien adalah jantung dari penyampaian layanan kesehatan. Untuk setiap pasien, yang merawat, anggota keluarga dan profesional kesehatan, keselamatan sangat penting untuk penegakan diagnosa, tindakan kesehatan dan perawatan. Dokter, perawat dan semua orang yang bekerja di sistem kesehatan berkomitmen untuk merawat, membantu, menghibur dan merawat pasien dan memiliki keunggulan dalam penyediaan layanan kesehatan untuk semua orang yang membutuhkannya. Telah ada investigasi yang signifikan dalam beberapa tahun terakhir dalam peningkatan layanan, peningkatan kapasitas sistem, perekrutan profesional yang sangat terlatih dan penyediaan teknologi dan perawatan baru. Namun sistem kesehatan di seluruh dunia, menghadapi tantangan dalam menangani praktik yang tidak aman, profesional layanan kesehatan yang tidak kompeten, tata pemerintahan yang buruk dalam pemberian layanan kesehatan, kesalahan dalam diagnosis dan perawatan dan ketidakpatuhan terhadap standar (*Commission on Patient Safety & Quality Assurance*, 2008).

Mengapa bidang keselamatan pasien ada? Keselamatan pasien sebagai sebuah disiplin dimulai sebagai tanggapan atas bukti bahwa kejadian medis yang merugikan tersebar luas dan dapat dicegah, dan seperti disebutkan di atas, bahwa ada "bahaya yang terlalu banyak" (Emanuel, 2008). Tujuan dari bidang keselamatan pasien adalah untuk meminimalkan kejadian buruk dan menghilangkan kerusakan yang dapat dicegah dalam perawatan kesehatan. Bergantung pada penggunaan istilah "bahaya" seseorang, mungkin bercita-cita untuk menghilangkan semua bahaya dalam perawatan kesehatan.

- 2) Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut definisinya yaitu:
 1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.
 2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan ("*commission*") atau karena tidak bertindak ("*omission*"), bukan karena "*underlying disease*" atau kondisi pasien.

3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss* adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
4. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).
5. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / *“reportable circumstance”* adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
6. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

3) Budaya menyalahkan dalam keselamatan pasien.

Masalah budaya terkadang diidentifikasi sebagai penghalang bagi perubahan sistem di seluruh dunia. Dilihat secara negatif, isu-isu budaya ini mengacu pada sikap dan perilaku profesional dan organisasi yang tahan terhadap gangguan yang dirasakan dan mewujudkan antipati terhadap perubahan.

Sebaliknya, budaya keselamatan positif ditandai oleh komunikasi terbuka, saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan dan kepercayaan diri terhadap kemandirian tindakan pencegahan. Upaya yang meningkat diperlukan di Irlandia untuk memperbaiki budaya nasional, profesional dan organisasional sehingga keselamatan pasien dipahami, dipromosikan dan didukung di semua tingkat.

Pengalaman dari sistem lain menunjukkan bahwa kepemimpinan profesional yang efektif sangat penting dalam mencapai perubahan budaya yang diperlukan untuk menyediakan layanan berkualitas tinggi yang aman. Pemimpin membawa perubahan dengan terlebih dahulu memeriksa situasi saat ini, melihat ke depan untuk kemungkinan masa depan dan mengenali area untuk perbaikan. Mereka kemudian menciptakan sistem baru atau mengubah sistem dari apa adanya dengan melibatkan diri dan melibatkan orang-orang yang menggunakan layanan mereka dan orang-orang yang menyediakannya. Komisi mengakui kebutuhan akan kepemimpinan klinis yang kuat di tingkat nasional dan organisasi dalam perawatan kesehatan dan merekomendasikan penugasan peran pendahuluan khusus untuk tujuan ini.

Ringkasan

- Bidang keselamatan pasien telah muncul sebagai respons terhadap prevalensi kejadian buruk yang dapat dihindari. Namun, banyak yang tidak menggunakan definisi yang jelas atau memiliki model pemahaman lapangan yang jelas.
- Sebaiknya institusi pelayanan kesehatan mengadopsi definisi dan model untuk keselamatan pasien. Fokus utama tindakannya sebagai mikrosistem dan mekanisme esensinya sebagai desain dengan keandalan tinggi dan penggunaan ilmu keselamatan dan metode lain untuk menyebabkan perbaikan, termasuk perubahan budaya.
- Dengan definisi dan model keselamatan pasien kita dapat menggambarkan atribut kunci dari mereka yang mempraktikkan keselamatan, dan juga mengidentifikasi para praktisi sebagai semua yang terlibat dalam perawatan kesehatan.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Komponen pelengkap dari definisi keselamatan pasien menurut Charles Vincent adalah:
 - a. Injuri
 - b. Dampak
 - c. Efek Samping
 - d. Budaya menyalahkan
 - e. Penyimpangan
- 2) TAPS menetapkan insiden keselamatan pasien dimana kejadian yang paling banyak terjadi adalah:
 - a. Diagnosis yang tertunda
 - b. Diagnosis yang tidak terjawab
 - c. Perlakuan salah
 - d. Komunikasi
 - e. Kesalahan dalam pengambilan specimen
- 3) Pasien Y mengalami amputasi pada ekstremitas kanannya sebatas patella, tetapi ternyata yang seharusnya di amputasi adalah ekstremitas kirinya. Kejadian ini adalah contoh dari:
 - a. Kejadian tidak diharapkan
 - b. Kejadian nyaris cedera
 - c. Kejadian tidak cedera
 - d. Kondisi potensial cedera
 - e. Kejadian sentinel
- 4) Apa yang dimaksud dengan keamanan di ruang rawat yang tidak dapat tersedia?
 - a. Mengurangi kejadian penyakit dan cedera
 - b. Mengatasi masalah domestik yang akan dialami pasien saat mereka pulang.
 - c. Mencegah lama perawatan / tinggal

- d. Meningkatkan atau mempertahankan status fungsional
 - e. Meningkatkan rasa aman klien
- 5) Manakah yang bukan merupakan contoh kecelakaan yang berhubungan dengan prosedur?
- a. Jatuh
 - b. Kesalahan pemberian pengobatan
 - c. Kesalahan terapi IV
 - d. Penggunaan perangkat eksternal yang tidak benar
 - e. Kinerja prosedur yang tidak tepat (pemasangan infus, pemasangan NGT, pemasangan kateter *Foley*).

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 1 yang terdapat di bagian akhir Bab 1 ini.

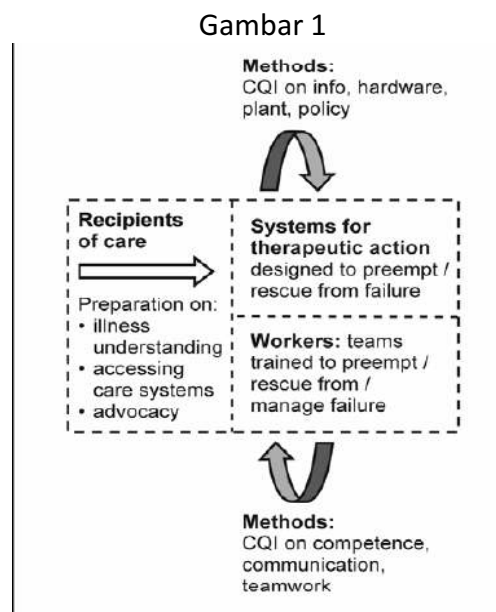
TOPIK 2 Model Keselamatan Pasien

Dengan aspek keselamatan pasien di atas, adalah mungkin untuk melihat model keselamatan pasien yang sederhana. Sementara model keselamatan pasien yang baik telah dibangun, Vincent (2010) mencari model pendekatan yang sederhana, sepenuhnya sesuai dengan materi pelajaran, dan kompatibel dengan model yang ada. Pada saat yang sama, seharusnya cukup sederhana sehingga bisa dilihat dalam diagram sketsa yang mudah dan dinyatakan dalam kalimat sederhana dan sederhana yang mudah diingat. Hanya model sederhana semacam itu yang bisa menembus batas-batas pemikiran sehari-hari di antara semua orang yang diperlukan di seluruh perawatan kesehatan.

Vincent (2010) menawarkan model sederhana berikut untuk melihat keselamatan pasien. Ini membagi sistem perawatan kesehatan menjadi empat domain:

1. Mereka yang bekerja di bidang kesehatan
2. Mereka yang mendapat perawatan kesehatan atau memiliki saham dalam ketersediaannya
3. Infrastruktur sistem untuk intervensi terapeutik (proses pemberian layanan kesehatan)
4. Metode umpan balik dan perbaikan terus menerus

Keempat domain ini diwakili secara grafis pada Gambar 1. Setiap domain berinteraksi dengan domain lain dan lingkungan, seperti yang digambarkan oleh divisi semipermeable (garis putus-putus) di antara keduanya dan di sisi luarnya. Hasilnya adalah inti, model menyeluruh untuk keselamatan pasien.



Sumber: Emanuel, Berwick & Conway (2008)

Model ini konsisten dengan definisi keselamatan pasien yang disebutkan di atas: Apa? dan dimana? Sesuai dengan domain ketiga, yaitu "Sistem untuk tindakan terapeutik." Bagaimana? Sesuai dengan Keempat, "Metode"; Siapa? Sesuai dengan yang pertama dan kedua, yaitu "orang-orang yang bekerja dalam perawatan kesehatan" dan "orang-orang yang menerimanya atau memiliki saham dalam ketersediaannya".

Model ini juga konsisten dengan kerangka berfikir yang ada yang mendukung pasien. Vincent (2010) mengidentifikasi tujuh elemen yang mempengaruhi keselamatan:

1. Faktor organisasi dan manajemen.
2. Faktor lingkungan kerja.
3. Faktor tim.
4. Faktor individu
5. Karakteristik Pasien
6. Faktor lingkungan eksternal.

Faktor-faktor ini menyebar di antara tiga domain; Sistem untuk tindakan terapeutik, orang-orang yang bekerja di bidang perawatan kesehatan, dan orang-orang yang menerimanya atau memiliki saham dalam ketersediaannya.

Model nasional untuk akreditasi dan kualitas keselamatan pasien (*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare / ACSQH, 2010*)

Pada bulan November 2006, ACSQH memulai tinjauan terhadap sistem dan standar keselamatan dan kualitas nasional, dan mengusulkan sebuah paket reformasi termasuk seperangkat standar nasional dimana layanan kesehatan dapat dinilai.

Tahap pertama pelaksanaan reformasi akreditasi telah difokuskan pada pengembangan seperangkat Standar Pelayanan Kesehatan Keselamatan dan Mutu Nasional. Draft Standar berfokus pada area yang penting untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan bagi pasien dengan memberikan pernyataan eksplisit tentang tingkat keselamatan dan kualitas perawatan yang diharapkan yang akan diberikan kepada pasien oleh organisasi layanan kesehatan. Standar tersebut juga menyediakan sarana untuk menilai kinerja organisasi. Draft Standar telah dikembangkan untuk:

- Tata Kelola untuk Keselamatan dan Mutu dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan
- Infeksi terkait kesehatan
- Keamanan obat
- Identifikasi Pasien dan Prosedur Pencocokan; dan
- Timbang terima (*Handover*) Klinis

Lima topik tambahan saat ini dalam pengembangan, mencakup:

1. Darah dan keamanan darah
2. Bermitra dengan Konsumen
3. Pencegahan dan Penatalaksanaan Ulkus Tekanan
4. Mengakui dan Menanggapi Kerusakan Klinis; dan
5. Keselamatan dari jatuh.

Berbagai perangkat pendukung dan pedoman untuk Standar sedang dikembangkan melalui konsultasi dengan pemangku kepentingan utama.

Sebuah studi percontohan mengenai draft standar yang disempurnakan dilakukan untuk standar pertama di tahun 2010. Tujuan utama adalah untuk menguji Standar, alat pendukung dan pedoman, dan untuk mengidentifikasi isu-isu untuk implementasi Standar. Setelah selesai Standar akan diberikan kepada Menteri Kesehatan untuk pengesahan.

Hal ini dimaksudkan agar semua layanan kesehatan yang berpotensi menimbulkan risiko tinggi merugikan pasien diakreditasi terhadap Standar Pelayanan Kesehatan dan Mutu Nasional. Organisasi layanan kesehatan dengan risiko bahaya pasien yang lebih rendah harus menggunakan Standar sebagai bagian dari mekanisme jaminan kualitas internal mereka.

Bagaimana menerapkan Pertimbangan Keselamatan Pasien dalam semua Kegiatan Pelayanan Pasien?

Manajemen Risiko adalah proses dimana kita mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat membantu untuk kita memberikan perawatan yang sangat baik, aman, efisien dan efektif. Resiko dapat terjadi dalam berbagai cara, misalnya sebagai akibat dari perubahan bagaimana atau dimana kita memberikan layanan. Tujuan pengelolaan risiko adalah untuk memastikan risiko ini diidentifikasi sejak dini, dinilai sebagai cara terbaik untuk mengelola atau mengendalikannya dan untuk mengurangi pengaruhnya.

Inti dari proses risiko ini termasuk memastikan bahwa area dimana keselamatan pasien dapat dikompromikan atau di mana ada sesuatu yang teridentifikasi yang berpotensi menyebabkan kerusakan pada pasien, dikelola. Mengidentifikasi dan melaporkan isu keselamatan awal memastikan bahwa pengendalian dapat dilakukan untuk mengurangi kemungkinan risiko tersebut terjadi lagi. Bila hasil perawatan atau proses tidak seperti yang diharapkan, kami menyelidiki dengan menggunakan proses yang disebut Analisis Sebab-Sebab Mendasar untuk mengidentifikasi apa yang terjadi dan mengapa sehingga kita dapat menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan.

Untuk melakukan ini, tim Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien bekerja sama dengan tim klinis dan area perusahaan lainnya untuk mengidentifikasi risikonya, bertindak sebagai sumber daya dan memberikan saran dan dukungan untuk semua aspek pengelolaan risiko.

Tujuan keseluruhannya adalah untuk memastikan bahwa risiko klinis dan non klinis dikelola dengan tepat untuk meningkatkan keamanan bagi pasien, perawat, staf dan pengunjung.

Pelaporan Insiden

Pelaporan insiden adalah cara utama untuk menangkap kejadian yang diidentifikasi oleh staf berpotensi menimbulkan bahaya atau mempengaruhi pemberian layanan serta kejadian aktual yang terjadi. Setiap kejadian dinilai untuk mencerminkan konsekuensi dari kejadian tersebut dan kemungkinan hal tersebut dapat terjadi lagi untuk menghasilkan skor risiko

antara 1 dan 25. Semakin tinggi nilai, semakin besar tingkat risiko yang dinilai. Ini membantu staf untuk memprioritaskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengurangi atau mengendalikan risiko dan mendukung proses eskalasi dan pemantauan untuk memastikan bahwa risiko dikelola dengan baik.

Tujuan sistem pelaporan yang efektif adalah agar jumlah laporan terus meningkat, namun tingkat keparahan risiko yang dilaporkan turun. Hal ini menunjukkan bahwa staf sadar akan risiko dan berisiko untuk membuat kerusakan.

Investigasi Insiden - Analisis Akar Penyebab

Pada kesempatan langka ketika terjadi kesalahan atau jika sebuah tren dalam pelaporan diidentifikasi, terlepas dari apakah ada kerusakan, penyelidikan yang disebut *Root Cause Analysis* dapat dilakukan. Ini adalah teknik investigasi terstruktur, dan memberi kesempatan untuk melihat fakta kejadian yang terjadi dan untuk mengetahui mengapa, bekerja dengan tim atau staf yang terlibat untuk memastikan semua aspek kejadian ditangkap.



Dengan mencari tahu mengapa sebuah insiden terjadi, dipastikan bahwa pelajaran dapat dipelajari dan tindakan yang diambil untuk mengurangi risiko kejadian tersebut terjadi lagi.

Perencanaan Darurat

Sebagai bagian dari peran manajemen risiko yang lebih luas, tim juga mengelola fungsi Perencanaan Darurat. Tujuan perencanaan darurat adalah memastikan bahwa semua tim dan layanan kami memiliki rencana kesinambungan bisnis untuk mengurangi gangguan layanan jika terjadi insiden besar. Tujuannya adalah untuk menjaga agar layanan tetap berjalan sejauh mungkin dan juga membantu kami untuk membantu Anda tetap aman.

Sebagai bagian dari proses ini, kami memiliki rencana untuk mengelola berbagai situasi baik sebagai akibat dari sesuatu yang terjadi secara internal, seperti kegagalan listrik lokal, atau kejadian berskala besar seperti banjir.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan tentang elemen keselamatan pasien dari Vincent (2010)!
- 2) Jelaskan tentang model keselamatan pasien dari ACSQH (2010)!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang

1) Model keselamatan pasien menurut Vincent (2010)

Vincent (2010) mengidentifikasi tujuh elemen yang mempengaruhi keselamatan:

1. Faktor organisasi dan manajemen.
2. Faktor lingkungan kerja.
3. faktor tim.
4. Faktor individu
5. Karakteristik Pasien
6. Faktor lingkungan eksternal.

Faktor-faktor ini menyebar di antara tiga domain; Sistem untuk tindakan terapeutik, orang-orang yang bekerja di bidang perawatan kesehatan, dan orang-orang yang menerimanya atau memiliki saham dalam ketersediaannya.

2) Model keselamatan pasien menurut ACSQH (2010)

Tahap pertama pelaksanaan reformasi akreditasi telah difokuskan pada pengembangan seperangkat Standar Pelayanan Kesehatan Keselamatan dan Mutu Nasional. Draft Standar berfokus pada area yang penting untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan bagi pasien dengan memberikan pernyataan eksplisit tentang tingkat keselamatan dan kualitas perawatan yang diharapkan yang akan diberikan kepada pasien oleh organisasi layanan kesehatan. Standar tersebut juga menyediakan sarana untuk menilai kinerja organisasi. Draft Standar telah dikembangkan untuk:

- Tata Kelola untuk Keselamatan dan Mutu dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan
- Infeksi terkait kesehatan
- Keamanan obat
- Identifikasi Pasien dan Prosedur Pencocokan; dan
- Timbang terima (*Handover*) Klinis

Ringkasan

- Untuk menyediakan model keselamatan pasien yang mudah diingat dan menyeluruh, Vincent (2010) menawarkan satu yang mengidentifikasi empat domain utama keselamatan pasien (1) orang-orang yang menerima perawatan kesehatan, (2) orang-orang yang menyediakannya, (3) sistem tindakan terapeutik, dan (4) metode dan elemen dalam setiap domain. Dengan adanya deskripsi, definisi, dan model ini diharapkan dapat membantu integrasi praktik keselamatan pasien di seluruh perawatan kesehatan.
- Manajemen Risiko adalah proses dimana kita mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat membantu untuk kita memberikan perawatan yang sangat baik, aman, efisien dan efektif. Resiko dapat terjadi dalam berbagai cara, misalnya sebagai akibat dari perubahan bagaimana atau dimana kita memberikan layanan.
- Tujuan pengelolaan risiko adalah untuk memastikan risiko ini diidentifikasi sejak dini, dinilai sebagai cara terbaik untuk mengelola atau mengendalikannya dan untuk mengurangi pengaruhnya.

Tes 2

- 1) Komponen dari model sederhana Charles Vincent tentang keselamatan pasien adalah:
 - a. Keamanan obat
 - b. Infrastruktur sistem
 - c. Identifikasi pasien
 - d. Timbang terima klinis
 - e. Identifikasi pasien
- 2) Penerapan pertimbangan keselamatan pasien dalam semua kegiatan pelayanan pasien dapat dilakukan melalui:
 - a. Manajemen risiko
 - b. Tata kelola untuk keselamatan
 - c. Mutu dalam organisasi pelayanan kesehatan
 - d. Tindakan terapeutik
 - e. Prosedur pencocokan
- 3) Para perawat di Ruang Mawar RS Delima selalu melakukan prosedur memiringkan pasien untuk pasien yang tirah baring. Hal ini sesuai dengan model ACSQH yaitu:
 - a. Infeksi terkait kesehatan
 - b. Pencegahan ulkus tekanan
 - c. Menanggapi kerusakan klinis
 - d. Keselamatan dari injuri
 - e. Bermitra dengan konsumen
- 4) Manakah dari faktor berikut yang tidak menjadi faktor risiko individu yang dapat mengancam keselamatan pasien?

- a. Umur
 - b. Gaya Hidup
 - c. Gangguan mobilitas
 - d. Gangguan sensorik atau komunikasi
 - e. Kurangnya kesadaran keselamatan
- 5) Kegiatan pengendalian infeksi berikut mana yang harus didelegasikan ke asisten perawat berpengalaman?
- a. Bertanya pada pasien tentang durasi terapi antibiotik.
 - b. Menunjukkan teknik mencuci tangan yang benar kepada klien dan keluarga.
 - c. Desinfeksi manset pengukur tekanan darah setelah klien dipulangkan.
 - d. Skrining klien untuk gejala saluran pernafasan bagian atas.
 - e. Mengajarkan cara memakai masker yang benar

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 2 yang terdapat di bagian akhir Bab 1 ini.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) D
- 3) E
- 4) B
- 5) A

Tes 2

- 1) B
- 2) A
- 3) B
- 4) A
- 5) C

Daftar Pustaka

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2010). Patient Safety in Primary Health Care. *Www.Safetyandquality.Gov.Au*, (August), 80. Retrieved from <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2010/01/Patient-safety-in-primary-health-care-discussion-paper1.pdf>
- Commission on Patient Safety and Quality Assurance. (2008). *Building a Culture of Patient Safety*. Brunswick Press Ltd: Dublin, Ireland
- Emanuel, L., Berwick, D., & Conway, J. (2008). What exactly is patient safety? *Advances in Patient Safety*, 1–18. http://doi.org/http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advances-emanuel-berwick_110.pdf
- Hughes, R. G. (2008). Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. *Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services*, (8), 1–1403. [http://doi.org/AHRQ Publication No. 08-0043](http://doi.org/AHRQ%20Publication%20No.%2008-0043)
- Woodward, S. (2005). *Patient safety in primary care* (Vol. 11). <http://doi.org/10.1258/1356262054287757>
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety* (2nd Edition). Wiley-Blackwell: London, UK

BAB II

Standar, Langkah-Langkah, dan Kebijakan yang Mendukung Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Lindawati, SKM, MKes

PENDAHULUAN

Selamat bertemu kembali

Anda pasti sudah mengetahui bahwa setiap tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sudah sepatutnya memberi dampak positif dan tidak memberikan kerugian bagi pasien. Oleh karena itu, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien bahwa semua fasilitas pelayanan kesehatan diharuskan untuk menerapkan standar keselamatan pasien, dan tujuh langkah keselamatan pasien, yang didukung dengan kebijakan pemerintah tentang keselamatan pasien yang tertuang dalam undang-undang kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK), dengan tujuan untuk melindungi hak pasien dalam menerima pelayanan kesehatan yang baik serta sebagai pedoman bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan kepada pasien.

Bab 2 dengan judul Standar, Langkah-Langkah, dan Kebijakan yang Mendukung Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam manajemen patient safety ini akan menyajikan 3 topik yang akan diuraikan secara berurutan sebagai berikut:

Topik 1 tentang standar keselamatan pasien, akan memberikan pemahaman kepada Anda tentang 7 (tujuh) standar keselamatan pasien dan uraiannya.

Topik 2 tentang langkah-langkah keselamatan pasien, akan memberikan pemahaman kepada Anda tentang Tujuh langkah menuju keselamatan pasien, langkah Penerapan “Nine Life Saving Patient Safety Solutions” dan 8 (delapan) langkah untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien.

Topik 3 tentang kebijakan keselamatan pasien, akan memberikan pemahaman kepada Anda tentang Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien, keselamatan pasien dalam perspektif hukum kesehatan, dan hal-hal yang berkaitan dengan kebijakan keselamatan pasien di rumah sakit (dan fasilitas pelayanan kesehatan).

Standar keselamatan pasien merupakan acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya, mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera. Standar Keselamatan Pasien ini wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi.

Sangat penting bagi staf fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien Fasilitas pelayanan Kesehatan dapat memperbaiki keselamatan pasien,

melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya. Melaksanakan tujuh langkah ini akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat. Tujuh langkah ini juga bisa membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mencapai sasaran-sasarannya untuk Tata Kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu.

Setelah mempelajari Bab 2 ini diharapkan, mahasiswa dapat menjelaskan:

1. 7 (tujuh) standar keselamatan pasien, dan uraiannya
2. 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien
3. Langkah Penerapan “Nine Life 7 Saving Patient Safety Solutions”
4. 8 (delapan) langkah untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien
5. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien,
6. Keselamatan pasien dalam perspektif hukum kesehatan
7. Hal-hal yang berkaitan dengan kebijakan keselamatan pasien di rumah sakit (dan fasilitas pelayanan kesehatan).

Topik 1

Standar Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya.

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Uraian 7 (tujuh) Standar Keselamatan Pasien

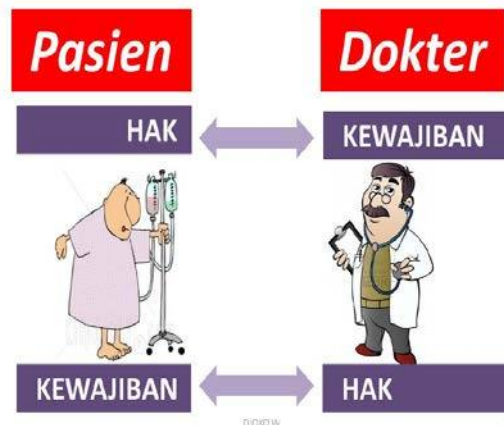
1. Hak pasien

Standarnya adalah pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan (contohnya: dokter menulis pada asesmen medik atau catatan pasien terintegrasi pada rekam medis pasien)

Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden



Sumber: <https://www.google.co.id/hak+pasien+dan+keluarga+di+rumah+sakit>

2. Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- a. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- c. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan fasilitas pelayanan kesehatan
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

Pendidikan kesehatan Senam kaki



Sumber:<https://www.google.co.id/mendidik+pasien+dan+keluarga+dipelayanan+kesehatan>

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- a. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
- b. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- c. Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- d. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.



Sumber: <https://www.google.com/Dimensi+kesinambungan+pelayanan>

4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
Kriterianya adalah terdiri dari :
 - a. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan fasilitas pelayanan kesehatan, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor- faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
 - b. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
 - c. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi
 - d. intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.

- e. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- Standarnya adalah terdiri dari :
- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
 - b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
 - c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.

Insiden meliputi Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Selain Insiden diatas, terdapat KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien yang dikenal dengan kejadian sentinel

Contoh Kejadian sentinel antara lain Tindakan invasif/pembedahan pada pasien yang salah, Tindakan invasif/ pembedahan pada bagian tubuh yang keliru, Ketinggalan instrumen/alat/ benda-benda lain di dalam tubuh pasien sesudah tindakan pembedahan, Bunuh diri pada pasien rawat inap, Embolisme gas intravaskuler yang mengakibatkan kematian/kerusakan neurologis, Reaksi Haemolitis transfusi darah akibat inkompatibilitas ABO, Kematian ibu melahirkan, Kematian bayi “Full-Term” yang tidak diantisipasi, Penculikan bayi, Bayi tertukar, Perkosaan /tindakan kekerasan terhadap pasien, staf, maupun pengunjung.

Selain contoh kejadian sentinel diatas terdapat kejadian sentinel yang berdampak luas/nasional diantaranya berupa Kejadian yang sudah terlanjur di “blow up” oleh

media, Kejadian yang menyangkut pejabat, selebriti dan publik figure lainnya, Kejadian yang melibatkan berbagai institusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan lain, Kejadian yang sama yang timbul di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan dalam kurun waktu yang relatif bersamaan, Kejadian yang menyangkut moral, misalnya : perkosaan atau tindakan kekerasan.

- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
 - d. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
 - e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris Cedera” (KNC/Near miss) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
 - f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
 - g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin.
 - h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
 - i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- Standarnya adalah terdiri dari :
- a. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - b. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- a. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.

- b. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in- service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
 - c. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Standarnya adalah terdiri dari :
- a. Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.
- Kriterianya adalah terdiri dari :
- a. Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
 - b. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

Latihan (Kasus)

Kasus An. Az. di Rumah Sakit S (Padang) umur 3 tahun pada tanggal 14 Februari 2017, pasien di rawat di ruangan Melati Rumah Sakit S. Padang dengan diagnosa Demam kejang. Sesuai order dokter, infus pasien harus diganti dengan didrip obat penitoin, namun perawat yang tidak mengikuti operan jaga langsung mengganti infus pasien tanpa melihat bahwa terapi pasien tersebut infusnya harus didrip obat penitoin. Beberapa menit kemudian pasien mengalami kejang-kejang, untung keluarga pasien cepat melaporkan kejadian ini sehingga tidak menjadi tambah parah dan infusnya langsung diganti dan ditambah penitoin.

Bagaimana tanggapan Anda tentang kasus ini?

Petunjuk Jawaban Latihan (Kasus)

Analisis

Dalam kasus ini terlihat jelas bahwa kelalaian perawat dapat membahayakan keselamatan pasien. Seharusnya saat pergantian jam dinas semua perawat memiliki tanggung jawab untuk mengikuti operan yang bertujuan untuk mengetahui keadaan pasien dan tindakan yang akan dilakukan maupun dihentikan. Supaya tidak terjadi kesalahan pemberian tindakan sesuai dengan kondisi pasien.

Pada kasus ini perawat juga **tidak menjalankan prinsip 6 benar** dalam pemberian obat. Seharusnya perawat melihat terapi yang akan diberikan kepada pasien sesuai order, namun dalam hal ini perawat tidak menjalankan prinsip benar obat.

Disamping itu juga, terkait dengan hal ini perawat tidak mengaplikasikan konsep patient safety dengan benar, terbukti dari kesalahan akibat tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan yang menyebabkan ancaman keselamatan pasien.

Pengembangan dan Penerapan Solusi Serta Monitoring atau Evaluasi

Berdasarkan kasus diatas solusi untuk pemecahan masalah mengenai perawat yang tidak mengikuti operan pergantian jam dinas. Perawat harus mengetahui standar keselamatan pasien sesuai dengan uraian Kemenkes, sebagai berikut :

Standar Keselamatan Pasien RS (KARS – Kemenkes)

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dan asuhan berkesinambungan
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja, untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

1. Prinsip 6 benar dalam pemberian obat
2. Standar keperawatan
3. *Standar Operational Procedur (SOP)* penanganan kejang
4. 7 standar keselamatan pasien

Ringkasan

Keselamatan pasien adalah proses dalam fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pasien secara aman. Proses tersebut meliputi pengkajian mengenai resiko, identifikasi, manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya resiko.

Pelayanan kesehatan yang diberikan tenaga kesehatan kepada pasien mengacu kepada tujuh standar pelayanan pasien rumah sakit yang meliputi hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode- metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, dan komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Selain mengacu pada tujuh standar pelayanan tersebut, keselamatan pasien juga dilindungi oleh undang-undang kesehatan sebagaimana yang diatur dalam UU Kesehatan No. 36 tahun 2009 serta UU Rumah Sakit No. 44 tahun 2009.

Tes 1

1. Keselamatan pasien adalah memberikan asuhan keperawatan yang aman dan bermutu. Apakah yang harus diperhatikan oleh perawat sebelum melakukan tindakan keperawatan?
 - A. SOP
 - B. Advice dokter
 - C. Cek identitas pasien
 - D. Keluhan keluarga pasien
2. Seorang pasien laki-laki umur 35 tahun dengan diagnosa medis Gagal Jantung (CHF). Saat dikaji diperoleh data tekanan darah 70/60, N = 125/menit ireguler, RR= 30 x/menit, kesadaran menurun. Keluarga menjadi cemas. Apakah yang harus dilakukan perawat untuk mengurangi rasa cemas keluarga pasien?
 - A. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur tentang kondisi pasien saat itu
 - B. Memberikan informasi secara benar, jujur tentang kondisi pasien setelah kondisi pasien teratasi
 - C. Menunggu dokter untuk memberikan informasi tentang kondisi pasien
 - D. Memberikan informasi keluarga tidak perlu cemas karena pasien sedang ditangani oleh ahlinya.
3. Salah satu peran perawat adalah menjaga kerahasiaan kondisi kesehatan pasien. Apakah tujuan dari peran perawat tersebut?
 - A. Memenuhi hak pasien
 - B. Merupakan kewajiban perawat
 - C. Mencegah tuntutan keluarga pasien
 - D. Menambah beban kinerja staff
4. Agar keselamatan pasien terlindungi dengan baik, diharapkan Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien"
Manakah standar keselamatan pasien yang sesuai dengan pernyataan di atas?
 - A. Standar 1 keselamatan pasien
 - B. Standar 3 keselamatan pasien
 - C. Standar 5 keselamatann pasien
 - D. Standar 7 keselamatan pasien
5. Contoh Kejadian sentinel yang menyangkut moral, adalah:
 - A. Pembedahan pada pasien yang salah
 - B. Bunuh diri pada pasien rawat inap
 - C. Perkosaan atau tindakan kekerasan.
 - D. Kematian ibu melahirkan

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 1 yang terdapat di bagian akhir Bab 2 ini.

Glosarium

| | |
|-------------------|--|
| KARS | : Komite Akreditasi rumah sakit |
| KKPRS | : Komite Keselamatan pasien rumah sakit |
| Insiden | : setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. |
| KPC | : Kondisi Potensial Cedera |
| KNC | : Kejadian Nyaris Cedera |
| KTC | : Kejadian Tidak Cedera |
| KTD | : Kejadian Tidak Diharapkan |
| Kejadian Sentinel | : Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. |
| SOP | : Standar Operasional Prosedur |

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Keselamatan Pasien.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). Pedoman Penyelenggaraan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.
- Kozier, B. Erb, G. & Blais, K. (1997). Professional nursing practice concept, and perspective. California: Addison Wesley Logman, Inc.
- Nursalam.(2014). Manajemen keperawatan. aplikasi dalam praktik keperawatan profesional. Salemba Medik. Jakarta.
- PERSI – KARS, KKP-RS. (2006). Membangun budaya keselamatan pasien rumah sakit. Lokakarya program KP-RS. 17 Nopember 2006
- Potter, P.A and Perry , A.G. (2002). Alih Bahasa: Yasmin Asih at.all. Ed. 4. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik (Fundamental of nursing concept; proses and Practice). Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan R.I (2006). Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit. utamakan keselamatan pasien. Bakit Husada
- Depertemen Kesehatan R.I (2006). Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. (konsep dasar dan prinsip). Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta.
- Komalawati, Veronica. (2010) Community&Patient Safety Dalam Perspektif Hukum Kesehatan.
- Sutoto (2012), Sasaran Keselamatan pasien (tidak dipublikasikan)

TOPIK 2

Langkah-Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Hai, apa kabar!

Apakah Anda sudah tahu bahwa sangat penting bagi staf fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien Fasilitas pelayanan Kesehatan dapat memperbaiki keselamatan pasien, melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya.

Melaksanakan tujuh langkah ini akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat. Tujuh langkah ini juga bisa membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mencapai sasaran-sasarannya untuk Tata Kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu.

A. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

1. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien.
Ciptakan budaya adil dan terbuka
2. Memimpin dan mendukung staf.
Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan anda.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan
4. Mengembangkan sistem pelaporan
Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
Kembangkan cara-cara berkomunikasi terbuka dan mendengarkan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.
Dorong staf untuk menggunakan analisa karna masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

LANGKAH 1 BANGUN BUDAYA KESELAMATAN

Segala upaya harus dikerahkan di Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk menciptakan lingkungan yang terbuka dan tidak menyalahkan sehingga aman untuk melakukan pelaporan.

Ciptakan budaya adil dan terbuka.

Dimasa lalu sangat sering terjadi reaksi pertama terhadap insiden di Fasilitas pelayanan Kesehatan adalah menyalahkan staf yang terlibat, dan dilakukan tindakan-tindakan hukuman. Hal ini, mengakibatkan staf enggan melapor bila terjadi insiden. Penelitian menunjukkan kadang-kadang staf yang terbaik melakukan kesalahan yang fatal, dan kesalahan ini berulang dalam lingkungan Fasilitas pelayanan Kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan lingkungan dengan budaya adil dan terbuka sehingga staf berani melapor dan penanganan insiden dilakukan secara sistematis. Dengan budaya adil dan terbuka ini pasien, staf dan Fasilitas Kesehatan akan memperoleh banyak manfaat.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Pastikan ada kebijakan yang menyatakan apa yang harus dilakukan oleh staf apabila terjadi insiden, bagaimana dilakukan investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan kepada pasien, keluarga, dan staf.
- b. Pastikan dalam kebijakan tersebut ada kejelasan tentang peran individu dan akuntabilitasnya bila terjadi insiden.
- c. Lakukan survei budaya keselamatan untuk menilai budaya pelaporan dan pembelajaran di Fasilitas pelayanan Kesehatan anda.

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a. Pastikan teman anda merasa mampu berbicara tentang pendapatnya dan membuat laporan apabila terjadi insiden.
- b. Tunjukkan kepada tim anda tindakan-tindakan yang sudah dilakukan oleh Fasilitas pelayanan Kesehatan menindak lanjuti laporan-laporan tersebut secara adil guna pembelajaran dan pengambilan keputusan yang tepat.

LANGKAH 2 PIMPIN DAN DUKUNG STAF ANDA

Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan anda.

Keselamatan pasien melibatkan setiap orang dalam Fasilitas pelayanan Kesehatan anda. Membangun budaya keselamatan sangat tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi mendengarkan pendapat seluruh anggota.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Pastikan ada anggota eksekutif yang bertanggung jawab tentang keselamatan pasien. Anggota eksekutif di rumah sakit merupakan jajaran direksi rumah sakit yang meliputi kepala atau direktur rumah sakit dan pimpinan unsur-unsur yang ada dalam struktur organisasi rumah sakit, sedangkan untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan jajaran pimpinan organisasi jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

- b. Tunjuk penggerak/*champion* keselamatan pasien di tiap unit.
- c. Tempatkan keselamatan pasien dalam agenda pertemuan-pertemuan pada tingkat manajemen dan unit.
- d. Masukkan keselamatan pasien ke dalam program-program pelatihan bagi staf dan pastikan ada pengukuran terhadap efektifitas pelatihan- pelatihan tersebut.

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a. Calonkan penggerak/*champion* untuk keselamatan pasien.
- b. Jelaskan pentingnya keselamatan pasien kepada anggota unit anda.
- c. Tumbuhkan etos kerja dilingkungan tim/unit anda sehingga staf merasa dihargai dan merasa mampu berbicara apabila mereka berpendapat bahwa insiden bisa terjadi.

LANGKAH 3 INTEGRASIKAN KEGIATAN MANAJEMEN RISIKO ANDA

Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan.

Sistem manajemen risiko akan membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Keselamatan pasien adalah komponen kunci dari manajemen risiko, dan harus diintegrasikan dengan keselamatan staf, manajemen klaim, penanganan litigasi dan klaim serta risiko keuangan dan lingkungan. Sistem manajemen risiko ini harus di dukung oleh strategimanajemen risiko Fasilitas pelayanan Kesehatan, yang mencakup progam-program asesmen risiko secara pro-aktif dan risk register.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Pelajari kembali struktur dan proses untuk pengelolaan risiko klinis dan non klinis, dan pastikan hal ini sudah terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf klaim dan risiko keuangan serta lingkungan.
- b. Kembangkan indikator-indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko anda sehingga dapat di monitor oleh pimpinan.
- c. Gunakan informasi-informasi yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk perbaikan pelayanan pasien secara pro-aktif.

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a. Giatkan forum-forum diskusi tentang isu-isu manajemen risiko dan keselamatan pasien, berikan *feedback* kepada manajemen.
- b. Lakukan asesmen risiko pasien secara individual sebelum dilakukan tindakan
- c. Lakukan proses asesmen risiko secara reguler untuk tiap jenis risiko dan lakukan tindakan-tindakan yang tepat untuk meminimalisasinya.
- d. Pastikan asesmen risiko yang ada di unit anda masuk ke dalam proses asesmen risiko di tingkat organisasi dan risk register.

LANGKAH 4 BANGUN SISTEM PELAPORAN

Sistem pelaporan sangat vital di dalam pengumpulan informasi sebagai dasar analisa dan menyampaikan rekomendasi.

Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

Bangun dan implementasikan sistem pelaporan yang menjelaskan bagaimana dan cara Fasilitas pelayanan Kesehatan melaporkan insiden secara nasional ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

Dorong kolega anda untuk secara aktif melaporkan insiden-insiden keselamatan pasien baik yang sudah terjadi maupun yang sudah di cegah tetapi bisa berdampak penting untuk pembelajaran. Panduan secara detail tentang sistem pelaporan insiden keselamatan pasien akan di susun oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).

LANGKAH 5 LIBATKAN DAN BERKOMUNIKASI DENGAN PASIEN DAN MASYARAKAT

Peran aktif pasien dalam proses asuhannya harus diperkenalkan dan di dorong. Pasien memainkan peranan kunci dalam membantu penegakan diagnosa yang akurat, dalam memutuskan tindakan pengobatan yang tepat, dalam memilih fasilitas yang aman dan berpengalaman, dan dalam mengidentifikasi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) serta mengambil tindakan yang tepat. Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Kembangkan kebijakan yang mencakup komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarganya tentang insiden yang terjadi
- b. Pastikan pasien dan keluarganya mendapatkan informasi apabila terjadi insiden dan pasien mengalami cedera sebagai akibatnya.
- c. Berikan dukungan kepada staf, lakukan pelatihan-pelatihan dan dorongan agar mereka mampu melaksanakan keterbukaan kepada pasien dan keluarganya .

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a. Pastikan anggota tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya secara aktif waktu terjadi insiden.
- b. Prioritaskan kebutuhan untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya waktu terjadi insiden, dan berikan informasi yang jelas, akurat dan tepat waktu
- c. Pastikan pasien dan keluarganya menerima pernyataan "maaf" atau rasa keprihatinan kita dan lakukan dengan cara terhormat dan simpatik.

LANGKAH 6 BELAJAR DAN BERBAGI TENTANG PEMBELAJARAN KESELAMATAN

Jika terjadi insiden keselamatan pasien, isu yang penting bukan siapa yang harus disalahkan tetapi bagaimana dan mengapa insiden itu terjadi.

Salah satu hal yang terpenting yang harus kita pertanyakan adalah apa yang sesungguhnya terjadi dengan sistem kita ini.

Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Yakinkan staf yang sudah terlatih melakukan investigasi insiden secara tepat sehingga bisa mengidentifikasi akar masalahnya.
- b. Kembangkan kebijakan yang mencakup kriteria kapan fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan *Root Cause Analysis* (RCA).

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a. Lakukan pembelajaran di dalam lingkup unit anda dari analisa insiden keselamatan pasien.
- b. Identifikasi unit lain yang kemungkinan terkena dampak dan berbagilah proses pembelajaran anda secara luas.

LANGKAH 7 IMPLEMENTASIKAN SOLUSI-SOLUSI UNTUK MENCEGAH CIDERA

Salah satu kekurangan Fasilitas pelayanan Kesehatan di masa lalu adalah ketidakmampuan dalam mengenali bahwa penyebab kegagalan yang terjadi di satu Fasilitas pelayanan Kesehatan bisa menjadi cara untuk mencegah risiko terjadinya kegagalan di Fasilitas pelayanan Kesehatan yang lain.

Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Gunakan informasi yang berasal dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko, investigasi insiden, audit dan analisa untuk menetapkan solusi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Hal ini mencakup *redesigning system* dan proses, penyesuaian pelatihan staf dan praktek klinik.
- b. Lakukan asesmen tentang risiko-risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- c. Monitor dampak dari perubahan-perubahan tersebut
- d. Implementasikan solusi-solusi yang sudah dikembangkan eksternal.

Hal ini termasuk solusi yang dikembangkan oleh KNKP atau Best Practice yang sudah dikembangkan oleh Fasilitas Kesehatan lain

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a. Libatkan tim anda dalam pengembangan cara-cara agar asuhan pasien lebih baik dan lebih aman.

- b. Kaji ulang perubahan-perubahan yang sudah dibuat dengan tim anda untuk memastikan keberlanjutannya
- c. Pastikan tim anda menerima *feedback* pada setiap followup dalam pelaporan insiden.

B. Langkah Penerapan “Nine Life Saving Patient Safety Solutions”

WHO Collaborating Centre for Patient Safety pada tahun 2007 resmi menerbitkan “Nine Life Saving Patient Safety Solutions” (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mendorong rumah sakit di Indonesia untuk menerapkan “Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit”, langsung atau bertahap, sesuai dengan kemampuan dan kondisi rumah sakit masing-masing yaitu :

1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM/Look-Alike, Sound-Alike Medication Names).



Sumber: <https://www.google.co.id/look+alike+sound+alike>

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) yang membingungkan staf pelaksana, adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (medication error) dan ini merupakan suatu keprihatinan di seluruh dunia. Dengan puluhan ribu obat yang ada saat ini di pasar, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan, akibat bingung terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep **Contoh:** SPO penyimpanan obat NORUM /LASA dimana harus diselang 2 obat lain, PEMBERIAN LABEL LASA, mengeja nama obat dan dosis NORUM/ LASA pada komunikasi

2. Pastikan Identifikasi Pasien.

Kegagalan yang meluas dan terus-menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar, sering mengarah pada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan; pelaksanaan prosedur yang keliru orang; penyerahan bayi kepada yang bukan keluarganya, dan sebagainya. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini; standarisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan; dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini; serta penggunaan SPO untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

Contoh identifikasi :



Sumber: <https://www.google.co.id/gelang+identifikasi+pasien+rumah+sakit>

Pemasangan gelang identifikasi dan penanda pada pasien, cara identifikasi sebelum:

- Pemberian obat, darah, atau produk darah
- Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis
- Pemberian pengobatan, dan tindakan / prosedur

3. Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien.

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien, rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan SPO untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima.

Contoh : komunikasi dengan SBAR



- **Situation**
- **Background**
- **Assessment**
- **Recommendation**



4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar. Penyimpangan ini seharusnya dapat dicegah. Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat dan miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi. Rekomendasinya adalah untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan; pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur; dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur, sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.
- Contoh :** penandaan lokasi operasi pada lokasi tubuh yang ada lateralisasi dan adanya *sign in, time out, dan sign out*.

MARKING



- ▶ Libatkan pasien
- ▶ Gunakan marker yang tahan air
- ▶ Tidak membuat penandaan yang membingungkan
- ▶ Dilakukan sebelum pembedahan mulai
- ▶ Bukan kewenangan perawat
- ▶ Prinsip pada operasi tertentu

Sumber: <https://www.google.co.id/penandaan+lokasi+operasi+pada+lokasi+tubuh+yang+ada+lateralisasi>

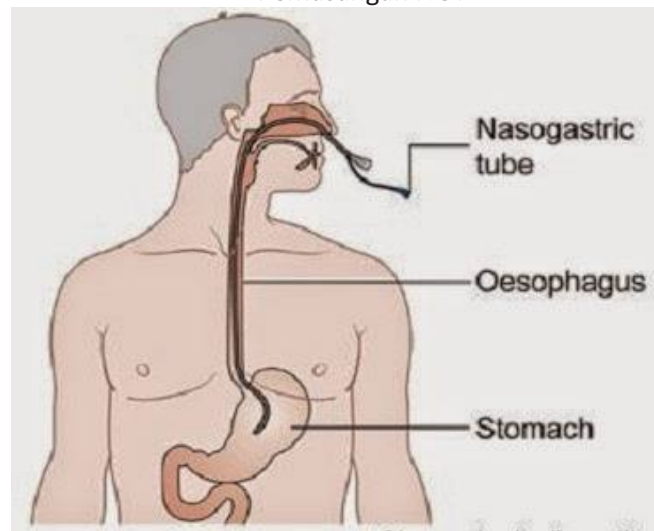
5. Kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*)
Sementara semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi khususnya adalah berbahaya. Rekomendasinya adalah membuat standarisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah; dan pencegahan atas penyimpanan, pelabelan dan pengenceran cairan elektrolit pekat yang spesifik.
Contoh : penyimpanan elektrolit pekat, pemberian label high alert, instruksi yang jelas untuk pengenceran, SPO pemberian obat high alert dengan double check
6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.
Kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi/pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medications error*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai "*home medication list*", sebagai perbandingan dengan daftar saat administrasi, penyerahan dan/ atau perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi; dan komunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.
Contoh : adanya formulir transfer pasien pada rekam medis yang berisi catatan tentang obat yang diberikan bila pasien dipindahkan keruangan rawat lain/ transfer .
7. Hindari salah kateter dan salah sambung selang (tube).
Slang, kateter, dan spuit (syringe) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan slang dan spuit yang salah,

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail/rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar, dan bilamana menyambung alat-alat kepada pasien, misalnya menggunakan sambungan dan slang yang benar).

Contoh : SPO pemasangan NGT, SPO pemasangan kateter urine

Pemasangan NGT



Sumber: [https://www.google.co.id/Hindari+salah+kateter+dan+salah+sambung+selang+\(tube\)](https://www.google.co.id/Hindari+salah+kateter+dan+salah+sambung+selang+(tube))

8. Gunakan alat injeksi sekali pakai

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan oleh pakai ulang (reuse) dari jarum suntik. Rekomendasinya adalah perlunya melarang pakai ulang jarum difasilitas layanan kesehatan; pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah; dan praktek jarum suntik sekali pakai yang aman.

Contoh : Kebijakan single use untuk jarum suntik



Sumber: <https://www.google.co.id/kebijakan+single+use+jarum+suntik>

9. Tingkatkan kebersihan tangan (hand hygiene) untuk pencegahan infeksi. Diperkirakan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah-sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah ini. Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan, seperti alkohol, hand-rubs, dan sebagainya. Yang disediakan pada titik-titik pelayanan tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar, mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja; dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan/ observasi dan tehnik yang lain.

Contoh: Kebijakan dan SPO tentang hand hygiene

Teknik Mencuci Tangan



Sumber: WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009

Sembilan Solusi ini merupakan panduan yang sangat bermanfaat membantu Rumah Sakit, memperbaiki proses asuhan pasien, dan meningkatkan profesionalitas petugas kesehatan. Hal ini bertujuan agar sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan guna menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah serta untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

C. 8 (Delapan) Langkah untuk Mengembangkan Budaya Keselamatan Pasien (Hasting G., 2008)



Sumber: <https://www.google.co.id/budaya+kerja+melayani+dengan+hati>

1. *Put the focus back on safety* (kembali fokus ke keselamatan pasien)
 Setiap staf yang bekerja di Rumah Sakit pasti ingin memberikan yang terbaik dan teraman untuk pasien. Tetapi supaya keselamatan pasien ini bisa dikembangkan dan semua staf merasa mendapatkan dukungan, *patient safety* ini harus menjadi prioritas strategis dari rumah sakit atau unit pelayanan kesehatan lainnya. Empat CEO Rumah Sakit yang terlibat dalam *safer patient initiatives* di Inggris mengatakan bahwa tanggung jawab untuk keselamatan pasien tidak bisa didelegasikan dan mereka memegang peran kunci dalam membangun dan mempertahankan fokus patient safety di dalam Rumah Sakit.
2. *Think small and make the right thing easy to do* (berpikir mudah dan membuat langkah mudah untuk peningkatan pelayanan)
 Memberikan pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien mungkin membutuhkan langkah-langkah yang agak kompleks. Tetapi dengan memecah kompleksitas ini dan membuat langkah-langkah yang lebih mudah mungkin akan memberikan peningkatan yang lebih nyata.
3. *Encourage open reporting* (mendorong sistem pelaporan terbuka)
 Belajar dari pengalaman, meskipun itu sesuatu yang salah adalah pengalaman yang berharga. Koordinator patient safety dan manajer RS harus membuat budaya yang mendorong pelaporan. Mencatat tindakan-tindakan yang membahayakan pasien sama pentingnya dengan mencatat tindakan-tindakan yang menyelamatkan pasien. Diskusi terbuka mengenai insiden-insiden yang terjadi bisa menjadi pembelajaran bagi semua staf.
4. *Make data capture a priority* (membuat sistem pencatatan sebagai prioritas)
 Dibutuhkan sistem pencatatan data yang lebih baik untuk mempelajari dan mengikuti perkembangan kualitas dari waktu ke waktu. Misalnya saja data mortalitas. Dengan perubahan data mortalitas dari tahun ke tahun, klinisi dan manajer bisa melihat bagaimana manfaat dari penerapan patient safety.

5. *Use systems-wide approaches* (gunakan pendekatan sistem yang menyeluruh bukan individual)
Keselamatan pasien tidak bisa menjadi tanggung jawab individual. Pengembangan hanya bisa terjadi jika ada sistem pendukung yang adekuat. Staf juga harus dilatih dan didorong untuk melakukan peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan terhadap pasien. Tetapi jika pendekatan patient safety tidak diintegrasikan secara utuh kedalam sistem yang berlaku di RS, maka peningkatan yang terjadi hanya akan bersifat sementara.
6. *Build implementation knowledge* (mengembangkan sistem berpikir dan implementasi program)
Staf juga membutuhkan motivasi dan dukungan untuk mengembangkan metodologi, sistem berfikir, dan implementasi program. Pemimpin sebagai pengarah jalannya program disini memegang peranan kunci. Di Inggris, pengembangan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien sudah dimasukkan ke dalam kurikulum kedokteran dan keperawatan, sehingga diharapkan sesudah lulus kedua hal ini sudah menjadi bagian dalam budaya kerja.
7. *Involve patients in safety efforts* (melibatkan pasien dalam usaha keselamatan)
Keterlibatan pasien dalam pengembangan patient safety terbukti dapat memberikan pengaruh yang positif. Perannya saat ini mungkin masih kecil, tetapi akan terus berkembang. Dimasukkannya perwakilan masyarakat umum dalam komite keselamatan pasien adalah salah satu bentuk kontribusi aktif dari masyarakat (pasien). Secara sederhana pasien bisa diarahkan untuk menjawab ketiga pertanyaan berikut: apa masalahnya? Apa yang bisa kubantu? Apa yang tidak boleh kukerjakan?
8. *Develop top-class patient safety leaders* (mengembangkan kepemimpinan keselamatan pasien yang berkualitas)
Prioritisasi keselamatan pasien, pembangunan sistem untuk pengumpulan data-data berkualitas tinggi, mendorong budaya tidak saling menyalahkan, memotivasi staf, dan melibatkan pasien dalam lingkungan kerja bukanlah sesuatu hal yang bisa tercapai dalam semalam. Diperlukan kepemimpinan yang kuat, tim yang kompak, serta dedikasi dan komitmen yang tinggi untuk tercapainya tujuan pengembangan budaya patient safety. Seringkali RS harus bekerja dengan konsultan leadership untuk mengembangkan kerjasama tim dan keterampilan komunikasi staf. Dengan kepemimpinan yang baik, masing-masing anggota tim dengan berbagai peran yang berbeda bisa saling melengkapi dengan anggota tim lainnya melalui kolaborasi yang erat.

Latihan

JAKARTA -- Akhir Januari setahun lalu, seorang wartawan lepas bernama Eko Warijadi meninggal dunia karena penyakit malaria. Tak ada yang salah dengan penanganan dokter yang dilakukan terhadapnya. Sayangnya, tim dokter dari Rumah Sakit Islam Cempaka Putih yang menanganinya mengakui penanganan medis yang dilakukan mereka tidak optimal lantaran si pasien terlambat dibawa ke RS tersebut.

Ihwal keterlambatan itu sendiri disebabkan, sebelumnya almarhum dibawa ke RS Haji Pondok Gede yang salah mendiagnosa penyakit si wartawan. Penyakit malaria yang dideritanya didiagnosa sebagai penyakit Tifus yang otomatis ditangani dengan standar medis untuk penderita penyakit Tifus. Bagaimana tanggapan dengan kasus di atas?

Petunjuk Jawaban Latihan

Pembahasan studi kasus

Dari contoh kasus di atas kita dapat menyimpulkan bahwa Rumah Sakit tersebut tidak menerapkan prinsip keselamatan pasien. Pada contoh kasus di atas terdapat dua kasus yang berbeda.

Yang pertama adalah kematian seorang wartawan dikarenakan kesalahan diagnosa penyakit yang dideritanya dan juga kesalahan penanganan yang dilakukan oleh tim dokter. Dia yang seharusnya terserang malaria, didiagnosa hanya terserang penyakit tifus dan tim dokter menanganinya dengan berdasarkan diagnosa tersebut.

Hal ini jelas – jelas telah menyimpang dari tujuan Patient Safety secara internasional poin pertama, yakni *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar). Tim dokter yang menangani penyakit wartawan ini tidak mendiagnosis penyakit yang dideritanya dengan tepat.

Masalah ini juga termasuk dari salah satu elemen Patient Safety, yakni *adverse drug events (ADE)/ medication errors (ME)* (ketidakcocokan obat/kesalahan pengobatan), terutama pada aspek kesalahan pengobatan, karena kesalahan pengenalan pasien / diagnosa, tim dokter salah memberikan penanganan medis dan pengobatan yang seharusnya, sehingga menyebabkan meninggalnya pasien.

Pada kasus yang kedua, seorang pasien meninggal akibat kesalahan tindakan medis yang fatal, yakni pemasangan jarum infus yang seharusnya dipasang di tangan pasien malah dipasang di daerah leher pasien, yang sebelumnya telah mendapat banyak diagnosa – diagnosa yang berbeda dari beberapa rumah sakit.

Pada kasus kedua ini ada kemiripan dengan kasus pertama, yakni penyimpangan dari tujuan Patient Safety secara internasional poin pertama, yakni *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar). Tim dokter dari beberapa RS yang menangani pasien ini tidak mendiagnosis penyakit yang dideritanya dengan tepat dan berbeda antara RS satu dengan yang lainnya.

Namun yang membedakan antara keduanya adalah, penyebab utama kasus kedua adalah penyimpangan pada tujuan *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi), karena tim medis yang merawat pasien ini salah menempatkan jarum infus pada leher pasien, bukan pada tangannya, sehingga menyebabkan pasien meninggal.

Solusi

Kejadian – kejadian pada kasus di atas termasuk kejadian yang tidak diinginkan / KTD, yang seharusnya bisa dihindari apabila benar – benar memperhatikan tujuan dan elemen pasien safety, serta menerapkan *Sembilan Solusi Life-Saving* Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan benar.

Dan pada kasus di atas beberapa dari Sembilan Solusi Life-Saving Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang bisa di terapkan adalah:

a. Pastikan Identifikasi Pasien.

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan; pelaksanaan prosedur yang keliru orang; penyerahan bayi kepada bukan keluarganya, dsb. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini; standardisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan; dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini; serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

b. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (Tube).

Slang, kateter, dan spuit (syringe) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail/rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar), dan bilamana menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan & slang yang benar).

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

1. Prinsip 6 benar dalam pemberian obat
5. Standar keperawatan
6. Standar Operational Procedur (SOP) pemberian obat
7. Langkah-langkah keselamatan pasien (7 langkah keselamatan pasien)
8. Sembilan Solusi Life-Saving Keselamatan Pasien di rumah sakit

Ringkasan

Penatalaksanaan patient safety dalam fasilitas pelayanan kesehatan harus dilakukan secara optimal hal ini dapat diketahui dari masih adanya indikator pelaksana patient safety yang dilakukan. Hambatan yang dirasakan dalam pelaksanaan patient safety adalah kurangnya pengetahuan terhadap pentingnya patient safety serta kuantitas baik sumber daya manusia maupun sarana dan prasarananya

Dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien Fasilitas pelayanan Kesehatan diharapkan dapat memperbaiki keselamatan pasien, melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya. Melaksanakan tujuh langkah ini akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat. Tujuh langkah ini juga bisa membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mencapai sasaran-sasarannya untuk Tata Kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu.

Tes 2

1. Dimasa lalu sangat sering terjadi reaksi pertama terhadap insiden di Fasilitas pelayanan Kesehatan adalah menyalahkan staf yang terlibat, dan dilakukan tindakan-tindakan hukuman. Termasuk dalam langkah-langkah keselamatan pasien manakah pernyataan di atas?
 - A. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat
 - B. Bangun budaya keselamatan
 - C. Integrasikan kegiatan manajemen risiko anda
 - D. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien
2. Pastikan anggota tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya secara aktif waktu terjadi insiden. Termasuk dalam langkah-langkah keselamatan pasien manakah pernyataan di atas?
 - A. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat
 - B. Bangun budaya keselamatan
 - C. Integrasikan kegiatan manajemen risiko anda
 - D. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien
3. Keselamatan pasien melibatkan setiap orang dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Tunjuk penggerak/champion keselamatan pasien di tiap unit. Siapakah yang bertanggungjawab untuk membangun budaya keselamatan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut?
 - A. Pemimpin yang kuat
 - B. Penggerak/ champion
 - C. Atasan langsung
 - D. Setiap orang

4. Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional). Karena laporan itu bisa berdampak penting untuk pembelajaran. Insiden yang seperti apakah yang harus dilaporkan?
- A. Kejadian dilihat secara langsung dan dilaporkan ke atasan
 - B. Kejadian yang sudah terjadi maupun yang sudah dicegah
 - C. Kejadian yang sudah terjadi
 - D. Kejadian yang sudah dicegah
5. Menurut Hasting G (2006), setiap staf yang bekerja di rumah sakit harus menciptakan budaya keselamatan pasien dirumah sakit. Berapa langkah yang bisa dilakukan untuk mengembangkan budaya Patient Safety?
- A. 2 langkah
 - B. 4 langkah
 - C. 6 langkah
 - D. 8 langkah

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 2 yang terdapat di bagian akhir Bab 2 ini.

Glosarium

| | |
|-----------------------------|---|
| Adverse drug events (ADE) | : ketidakcocokan obat |
| Medication errors (ME) | : kesalahan pengobatan), |
| RCA | : Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis) |
| KNKP | : Komite Nasional Keselamatan Pasien. |
| Identify patients correctly | : mengidentifikasi pasien secara benar |

Daftar Pustaka

- Regina Pung Pung, A. (2014). Patient Safety Administrasi Dan Manajemen Kesehatan, (online), (www.academia.edu/9191556/patient_safety.htm), diakses tanggal 4 september 2017)
- Wijono, Joko. (1999). Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Surabaya : Airlangga University Press.
- Pabuti, Aumas. (2011). Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien (KP) Rumah Sakit. Proceedings of expert lecture of medical student of Block 21st of Andalas University, Indonesia

Topik 3

KEBIJAKAN KESELAMATAN PASIEN DI PELAYANAN KESEHATAN

Mungkin sudah Anda tahu bahwa *Adverse Event* atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), dan bukan karena “underlying disease” atau kondisi pasien.

Dalam kenyataannya masalah medical error dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah adverse event yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian kita semua.

Untuk mengatasi hal ini, di Indonesia, telah dikeluarkan Kepmen nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari medical error dan memberikan keselamatan bagi pasien. Perkembangan ini diikuti oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) yang berinisiatif melakukan pertemuan dan mengajak semua stakeholder rumah sakit untuk lebih memperhatikan keselamatan pasien di rumah sakit.

A. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien

1. Pasal 43 UU No.44/2009 Tentang Rumah sakit
 - a. Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien
 - b. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.
 - c. Rumah Sakit melaporkan kegiatan keselamatan pasien kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh menteri
 - d. Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.
- Pemerintah bertanggung jawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi:
- a. Assessment risiko
 - b. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait risiko pasien
 - c. Pelaporan dan analisis insiden
 - b. Kemampuan belajar dari insiden
 - c. Tindak lanjut dan implementasi solusi meminimalkan risiko

2. Kebijakan Departemen Kesehatan tentang keselamatan pasien rumah sakit
 - a. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit.
 - b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
 - b. Menurunnya Kejadian Tak Diharapkan (KTD).
 - c. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.
3. Kebijakan keselamatan pasien di rumah sakit antara lain:
 - a. Rumah Sakit wajib melaksanakan sistim keselamatan pasien.
 - b. Rumah Sakit wajib melaksanakan 7 langkah menuju keselamatan pasien.
 - c. Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien.
 - b. Evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien akan dilakukan melalui program akreditasi rumah sakit.

B. Keselamatan Pasien Dalam Perspektif Hukum Kesehatan

Aspek hukum terhadap “patient safety” atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

UU Tentang Kesehatan dan UU Tentang Rumah Sakit

1. Keselamatan Pasien sebagai Isu Hukum
 - a. Pasal 53 (3) UU No.36/2009
“Pelaksanaan Pelayanan kesehatan harus mendahulukan keselamatan nyawa pasien.”
 - b. Pasal 32n UU No.44/2009
“Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.
 - c. Pasal 58 UU No.36/2009
 - 1) “Setiap orang berhak menuntut Ganti Rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam Pelayanan kesehatan yang diterimanya.”
 - 2) “.....tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.”
2. Tanggung jawab Hukum Rumah sakit
 - a. Pasal 29b UU No.44/2009
“Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.”
 - b. Pasal 46 UU No.44/2009
“Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan di Rumah Sakit.”
 - c. Pasal 45 (2) UU No.44/2009
“Rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.”
3. Bukan tanggung jawab Rumah Sakit
Pasal 45 (1) UU No.44/2009 Tentang Rumah sakit

“Rumah Sakit Tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif. “

4. Hak Pasien

a. Pasal 32d UU No.44/2009

“Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional”

b. Pasal 32e UU No.44/2009

“Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi”

c. Pasal 32j UU No.44/2009

“Setiap pasien mempunyai hak tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan”

d. Pasal 32q UU No.44/2009

“Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana”

5. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien

Pasal 43 UU No.44/2009

a. Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien

b. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.

c. Rumah Sakit melaporkan kegiatan keselamatan pasien kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh menteri

d. Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonym dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

Pemerintah bertanggung jawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu system dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi:

a. Assessment risiko

b. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait resiko pasien

c. Pelaporan dan analisis insiden

d. Kemampuan belajar dari insiden

e. Tindak lanjut dan implementasi solusi meminimalkan risiko

6. Kewajiban dan Hak Rumah Sakit

- a. Berdasarkan Undang – Undang RI no. 44 tahun 2009, rumah sakit memiliki kewajiban sebagai berikut :
- 1) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat
 - 2) Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
 - 3) Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
 - 4) Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
 - 5) Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin
 - 6) Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan
 - 7) Membuat, melaksanakan dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
 - 8) Menyelenggarakan rekam medik
 - 9) Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia.
 - 10) Melaksanakan sistem rujukan
 - 11) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang – undangan
 - 12) Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
 - 13) Menghormati dan melindungi hak – hak pasien
 - 14) Melaksanakan etika rumah sakit
 - 15) Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
 - 16) Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
 - 17) Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.
 - 18) Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*).
 - 19) Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas.
 - 20) Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawan tanpa rokok.

Apabila kewajiban tersebut tidak dapat dijalankan secara baik, maka rumah sakit akan mendapatkan konsekuensi berupa :

- 1) Teguran lisan
 - 2) Teguran tertulis
 - 3) Denda dan pencabutan izin rumah sakit
- b. Dalam Undang – undang ini juga diatur beberapa hal yang menjadi hak rumah sakit (Pasal 30 UU No. 44 Tahun 2009) sebagai berikut :
- 1) Menentukan jumlah, jenis dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit
 - 2) Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan
 - 3) Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan
 - 4) Menerima bantuan dari pihak lin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan
 - 5) Mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit pendidikan

C. HAL-HAL YANG BERKAITAN DENGAN KEBIJAKAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT

Hampir setiap tindakan medik menyimpan potensi risiko. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf Rumah Sakit yang cukup besar, merupakan hal yang potensial bagi terjadinya kesalahan medis (medical errors). Menurut Institute of Medicine (1999), medical error didefinisikan sebagai: Artinya kesalahan medis *The failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning)*. didefinisikan sebagai: suatu kegagalan tindakan medis yang telah direncanakan untuk diselesaikan tidak seperti yang diharapkan (yaitu kesalahan tindakan) atau perencanaan yang salah untuk mencapai suatu tujuan (yaitu kesalahan perencanaan). Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis ini akan mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien, bisa berupa Near Miss atau Adverse Event (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD).

Near Miss atau Nyaris Cedera (NC) merupakan suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena keberuntungan (misalnya, pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), dan peringanan (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).

Adverse Event atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), dan bukan karena “underlying disease” atau kondisi pasien.

Kesalahan tersebut bisa terjadi dalam tahap diagnostik seperti kesalahan atau keterlambatan diagnosa, tidak menerapkan pemeriksaan yang sesuai, menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak dipakai atau tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi; tahap pengobatan seperti kesalahan pada prosedur pengobatan, pelaksanaan terapi, metode penggunaan obat, dan keterlambatan merespon hasil pemeriksaan asuhan yang tidak layak; tahap preventive seperti tidak memberikan terapi provilaktik serta monitor dan follow up yang tidak adekuat; atau pada hal teknis yang lain seperti kegagalan berkomunikasi, kegagalan alat atau system yang lain.

Dalam kenyataannya masalah medical error dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah adverse event yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian kita semua.

Pada November 1999, *the American Hospital Association (AHA) Board of Trustees* mengidentifikasi bahwa keselamatan dan keamanan pasien (patient safety) merupakan sebuah prioritas strategik. Mereka juga menetapkan capaian-capaian peningkatan yang terukur untuk keselamatan obat sebagai target utamanya. Tahun 2000, *Institute of Medicine*, Amerika Serikat dalam “TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System” melaporkan bahwa dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit ada sekitar 3-16% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/Adverse Event). Menindaklanjuti penemuan ini, tahun 2004, WHO mencanangkan World Alliance for Patient Safety, program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Di Indonesia, telah dikeluarkan pula Kepmen nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari medical error dan memberikan keselamatan bagi pasien. Perkembangan ini diikuti oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) yang berinisiatif melakukan pertemuan dan mengajak semua stakeholder rumah sakit untuk lebih memperhatikan keselamatan pasien di rumah sakit.

Mempertimbangkan betapa pentingnya misi rumah sakit untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik terhadap pasien mengharuskan rumah sakit untuk berusaha mengurangi medical error sebagai bagian dari penghargaannya terhadap kemanusiaan, maka dikembangkan sistem Patient Safety yang dirancang mampu menjawab permasalahan yang ada.

Latihan

Kasus Nyata tahun 2012

Suatu hari seorang dokter jaga IGD di sebuah Rumah Sakit swasta kedatangan seorang pasien dengan keluhan pada kepalanya mengucur darah segar setelah ia terjatuh dari sepedanya. Saat datang pertama kali seluruh tubuhnya penuh dengan darah dan pada kepalanya dibebat dengan

menggunakan kain sarung. Setelah ditanya oleh perawat yang bertugas sebagai admin di IGD, diperoleh informasi dari keluarga pasien bahwa ia tidak memiliki kartu jaminan kesehatan seperti Askes, Jamsostek maupun kartu asuransi lainnya. Sementara ia mengaku memang tidak mampu sama sekali untuk membayar biaya rumah sakit. Rumah sakit menolak untuk mengadakan pemeriksaan atau pengobatan lebih lanjut, pasien diberi saran untuk di bawa ke Rumah Sakit Umum pemerintah yang letaknya sekitar 15 menit dari RS swasta tersebut. Dengan pertimbangan karena jika kasus tersebut tetap diselesaikan di RS swasta maka biaya yang dibebankan kepada pasien akan sangat tinggi karena pasien tersebut tergolong dalam pasien umum tanpa asuransi kesehatan. Namun jika pasien tersebut dibawa ke RS pemerintah maka tidak akan dikenakan biaya pengobatan karena telah dijamin pembiayaannya oleh pemerintah.

Bagaimana tanggapan Anda !!!

Petunjuk Jawaban Latihan

Analisis

Kejadian tersebut merupakan suatu kejadian tidak diharapkan pada pasien karena pihak rumah sakit (dokter dan perawat) tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), dan karena pihak rumah sakit tidak memahami Undang-Undang/ peraturan yang berlaku (UU No. 23 Tahun 1994 Tentang Kesehatan; UU Praktik Kedokteran UU nomor 29 tahun 2004 pasal 51 yang menyatakan bahwa dokter harus melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan; Peraturan tentang Kewajiban Medis dan Hak Pasien menurut UU 44/2009 "Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi"; Peraturan tentang Kegawatdaruratan versi UU 36/2009 Pasal 190(1) "Dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat yang bisa mengakibatkan kecacatan atau kematian," dan lain sebagainya). Kesalahan tersebut bisa terjadi dalam tahap diagnostik seperti tidak merespon ciri simtoma suatu penyakit; tahap preventif seperti tidak segera memberikan terapi / pertolongan pertama; atau pada hal teknis yang lain seperti kegagalan memahami hak dasar manusia atau sistem yang lain.

Indikasi Etik

Seharusnya Dokter tidak boleh menolak pasien apalagi dengan kondisi kegawatdaruratan. Sesuai dengan sumpah Hipokrates yang beberapa poin isinya mengatakan "Saya akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perikemanusiaan; Kesehatan penderita senantiasa akan saya utamakan dan dalam menunaikan kewajiban terhadap penderita; Saya berikhtiar dengan sungguh-sungguh supaya saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan Keagamaan, Kebangsaan, Kesukuan, Politik Kepartaian atau Kedudukan Sosial" seharusnya ia dengan kesadaran diri dapat melakukan tindakan perawatan terhadap pasien tersebut tanpa melihat apakah pasien tersebut dari golongan mampu ataupun tidak mampu secara sosial dan finansial. Dalam kasus ini, baik dokter maupun perawat memiliki kewajiban yang sama dalam menyelamatkan nyawa pasien terlebih dahulu bukannya menanyakan tentang ada atau tidak adanya asuransi kesehatan lalu menolak untuk melakukan tindakan medis ketika si pasien tidak memiliki dana untuk pembayaran pengobatan. Setelah kondisi

gawat darurat yang dialami pasien telah tertangani dengan baik dan kondisi pasien stabil barulah perawat dapat mendiskusikan kepada keluarga pasien tentang proses administrasi selanjutnya.

Semestinya hal ini juga didukung oleh manajemen RS tersebut dalam upaya membantu pasien-pasien yang tak memiliki jaminan kesehatan dan dari golongan ekonomi tidak mampu untuk diberikan pelayanan khusus yang gratis yang biayanya diambil dari dana tabungan sosial / amal. Jadi bukannya pihak manajemen RS menuntut dokter dan perawat untuk membayar ganti rugi bila dokter dan perawat membebaskan biaya pengobatan pada pasien yang miskin tersebut.

Mungkin sikap apatis dari manajemen RS terhadap kasus-kasus seperti ini juga tak luput dari andil keluarga pasien lainnya yang secara tidak langsung telah mencoreng kepercayaan manajemen RS terhadap keluarga pasien. Karena tak dapat dipungkiri sebelum kebijakan ini di tempuh pihak rumah sakit sering kali di tipu oleh keluarga pasien. Dimana ketika pasien telah selesai dilakukan penanganan dan kondisinya stabil, si keluarga pasien menolak menyelesaikan biaya administrasi dengan alasan mereka tidak memiliki uang, padahal sesungguhnya mereka dari keluarga yang cukup berada. Akhirnya, dengan adanya oknum-oknum keluarga yang seperti ini berimbas pada keluarga pasien lainnya yang memang benar-benar tidak mampu karena kini manajemen di rumah sakit telah berubah menjadi mengutamakan masalah administrasi terlebih dahulu daripada pelayanan. Ironis memang, namun permasalahan ini harus diselesaikan dengan sebaik-baiknya agar tidak ada pihak yang merasa dirugikan baik itu dari sisi pasien, tenaga medis (dokter dan perawat) maupun pihak manajemen Rumah Sakit.

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

- 1) Materi topik 3 (kebijakan keselamatan pasien) terutama mengenai hak pasien
- 2) Etika Keperawatan
- 3) Keperawatan profesional

Ringkasan

Keselamatan pasien merupakan upaya untuk melindungi hak setiap orang terutama dalam pelayanan kesehatan agar memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman. Indonesia salah satu negara yang menerapkan keselamatan pasien sejak tahun 2005 dengan didirikannya Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) oleh Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI). Dalam perkembangannya Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Departemen Kesehatan menyusun Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam instrumen Standar Akreditasi Rumah Sakit. Peraturan perundang-undangan memberikan jaminan kepastian perlindungan hukum terhadap semua komponen yang terlibat dalam keselamatan pasien, yaitu pasien itu sendiri, sumber daya manusia di rumah sakit, dan masyarakat. Ketentuan mengenai keselamatan pasien dalam peraturan perundang-undangan memberikan kejelasan atas tanggung jawab hukum bagi semua komponen tersebut.

Oleh sebab itu diharapkan agar pemerintah (dengan kebijakannya) lebih memperhatikan dan meningkatkan upaya keselamatan pasien dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan agar lebih bermutu dan aman dengan mengeluarkan dan memperbaiki aturan mengenai keselamatan pasien

yang mengacu pada perkembangan keselamatan pasien (patient safety) internasional yang disesuaikan dengan kondisi yang ada di Indonesia. Agar setiap rumah sakit menerapkan sistem keselamatan pasien dalam rangka meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan aman serta menjalankan peraturan perundang-undangan yang mewajibkan untuk itu. Agar seluruh komponen sarana pelayanan kesehatan bekerja sama dalam upaya mewujudkan patient safety karena upaya keselamatan pasien hanya bisa dicapai dengan baik dengan kerjasama semua pihak.

Tes 3

1. Pasien berhak memperoleh keamanan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit tertuang dalam pasal....
 - A. Pasal 58 UU No. 36/2009
 - B. Pasal 32n UUNo. 44/2009
 - C. Pasal 29b UU No.44/2009
 - D. Pasal 46b UU No. 44/2009

2. Evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien dilakukan melalui:
 - A. 7 langkah menuju keselamatan pasien.
 - B. Standar keselamatan pasien.
 - C. Program akreditasi rumah sakit.
 - D. Pelaporan insiden

3. Pemerintah bertanggungjawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu system dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Manakah sistem tersebut?
 - A. Assessment untuk memperoleh data
 - B. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait penyakit pasien
 - C. Pelaporan dan analisis insiden
 - D. Tindak lanjut dan implementasi solusi akibat risiko

4. Undang-undang yang mengatur hak pasien...
 - A. Pasal 32d UU No.44/2009
 - B. Pasal 29b UU No.44/2009
 - C. Pasal 45 (2) UU No.44/2009
 - D. Pasal 46 UU No.44/2009

5. Pasal 45 (1) UU No.44/2009 merupakan UU tentang kesehatan terkait dengan.....
 - A. Tanggung jawab Hukum Rumah sakit
 - B. Bukan tanggung jawab rumah sakit
 - C. Hak pasien
 - D. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes3 yang terdapat di bagian akhir Bab 2 ini.

Kunci Jawaban Tes

| Tes 1 | Tes 2 | Tes 3 |
|-------|-------|-------|
| 1. A | 1. B | 1. B |
| 2. A | 2. A | 2. C |
| 3. A | 3. A | 3. C |
| 4. B | 4. B | 4. A |
| 5. C | 5. D | 5. B |

Glosarium

- Omission : tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil
- Commission : cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan

Daftar Pustaka

- Balsamo RR and Brown MD. (1998). Risk Management. Dalam: Sanbar SS, Gibofsky A, Firestone MH, LeBlang TR, editor. Legal Medicine. Edisi ke-4. St Louis: Mosby.
- Cahyono JBS. (2008). Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktek kedokteran. Jakarta: Kanisius.
- Departemen Kesehatan RI. Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety). Edisi ke-2. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.
- Frankel A, Gandhi TK, Bates DW. (2003). Improving patient safety across a large integrated health care delivery system. International Journal for Quality in Health care. 2003; 15 suppl. 1: i31 – i40.
- Ghandi TK, Lee TH. (2017). Patient safety beyond the hospital. N Engl J Med. 2010; 363 (11): 1001-3.
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11. (2017). Keselamatan Pasien.
- Wachter RM, Shanahan J, Edmanson K, editor. (2008). Understanding patient safety. New York: McGraw-Hill Companies.
- Lestari, Trisasi. (2006). Konteks Mikro dalam Implementasi Patient Safety: Delapan Langkah Untuk Mengembangkan Budaya Patient Safety. Buletin IHQN Vol II/Nomor.04/2006 Hal.1-3
- Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). 2005
- Yahya, Adib A. (2006) Konsep dan Program “Patient Safety”. Proceedings of National Convention VI of The Hospital Quality Hotel Permata Bidakara, Bandung 14-15 November 2006.

BAB III

Komunikasi Antar Anggota Tim Kesehatan, Monitoring Evaluasi Keselamatan Pasien, dan Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien

Ns. Paula Krisanty, S.Kep, MA

PENDAHULUAN

Komunikasi yang efektif merupakan inti dari perawatan pasien yang berkualitas. Pasien membutuhkan bantuan dan dukungan dari orang lain. Setiap kontak dengan pasien atau pasien potensial memerlukan komunikasi yang sopan, perhatian, hormat, dan bermanfaat. Ketika pasien mendapatkan tanggapan yang mereka inginkan, mereka merasa senang dengan pertemuan mereka dengan penyedia layanan kesehatan, dan kebutuhan mereka akan interaksi positif terpenuhi. Ketika pasien merasa senang dengan pengalaman mereka, mereka lebih bersedia bekerja sama dan cenderung mengulang kontak mereka dengan kami. Jika pengalaman mereka negatif, bagaimanapun juga, mereka cenderung menghindari bantuan yang dibutuhkan, atau hal itu dapat menyebabkan mereka mengabaikan instruksi layanan kesehatan yang mereka berikan.

Pengalaman komunikasi negatif dapat menyebabkan kemarahan dan kebencian terhadap penyedia layanan dan sistem perawatan kesehatan itu sendiri. Jika pasien datang ke fasilitas perawatan kesehatan, misalnya, dan beralih ke beberapa penyedia layanan tanpa mendapat pertolongan nyata, mereka akan merasa kesal terhadap pasangan mereka. Satu pengalaman negatif seperti ini bisa memerlukan banyak interaksi positif tambahan sebelum pengaruhnya terhapus sepenuhnya.

Nilai hubungan antara tenaga kesehatan-pasien positif, di mana kemampuan komunikasi yang baik dipraktekkan, tidak dapat diremehkan. Selain menjadi pintu menuju perawatan berkualitas, hubungan tenaga kesehatan-pasien yang dibangun di atas komunikasi suara dianggap sebagai komponen paling penting dari sistem pengiriman layanan kesehatan. Del Mar (1994, dalam van Servellen, 2009), dalam sebuah penilaian terhadap literatur terkait selama periode 35 tahun, menunjukkan bahwa kemampuan komunikasi provider yang baik dikaitkan dengan perawatan yang lebih baik dan kesehatan yang lebih baik lagi.

Pengukuran dan pemantauan keamanan di bidang kesehatan menimbulkan sejumlah masalah yang sulit. Misalnya, di bidang kesehatan kita telah berjuang untuk memahami apakah kita harus berfokus pada kesalahan, bahaya, keandalan atau indeks lainnya. Pengukuran keselamatan juga penting bagi banyak program kesehatan saat ini dan yang akan datang, dan untuk membuktikan bukti dampak proyek perbaikan.

Ada begitu banyak perspektif yang beragam, begitu banyak kebingungan konseptual dan tidak ada kerangka kerja yang jelas untuk mengatur pemikiran atau strategi pengukuran kami. Keselamatan adalah topik yang sangat membingungkan bagi banyak orang dan bahwa pengukuran dan pemantauan keselamatan sering kali agak terfokus.

Perawat di sistem rumah sakit yang khas tidak hanya menjadi pemain kunci dalam memfasilitasi keselamatan pasien dan pengalaman pasien, namun berada dalam peran yang sulit secara unik karena hirarki di mana mereka harus bekerja.

Perawat adalah pemain kunci karena mereka memiliki kontak langsung dan langsung dengan pasien, dan karena itu kemungkinan besar memiliki informasi penting mengenai perasaan dan kondisi fisik pasien, informasi yang dibutuhkan oleh anggota tim lainnya.

Perawat berada dalam peran yang sulit secara unik karena mereka harus mengkoordinasikan kegiatan mereka dengan dokter dan administrator yang lebih berkuasa dan memiliki status lebih dalam sistem medis. Pada saat yang sama, mereka harus berkoordinasi dengan rekan kerja mereka saat pasien dipekerjakan saat tinggal di rumah sakit dan dengan berbagai anggota tim lainnya seperti apoteker, terapi fisik, catatan pasien, pekerjaan sosial dan berbagai teknisi. Selain itu mereka berada dalam hirarki departemen keperawatan mereka sendiri dan harus belajar bagaimana membangun hubungan yang efektif dengan atasan dan bawahan mereka sendiri.

Setelah mempelajari modul ini Anda diharapkan dapat menjelaskan pengertian keselamatan pasien. Lebih khusus Anda diharapkan dapat:

3. Menjelaskan komunikasi antar anggota tim kesehatan.
4. Menjelaskan monitoring evaluasi keselamatan pasien.
5. Menjelaskan peran perawat dalam keselamatan pasien.

Topik 1

Komunikasi Antar Anggota Tim Kesehatan

Komunikasi yang efektif sangat penting selama banyak sekali interaksi yang terjadi di antara petugas layanan kesehatan setiap hari (Nadzam, 2009). Staf harus tahu bagaimana berkomunikasi secara efektif dan bekerja sama dalam tim sehingga informasi yang tepat dibagikan tepat waktu. Saat komunikasi efektif tidak ada, perawatan pasien terganggu.

Kerusakan komunikasi sudah lama telah dikutip sebagai akar penyebab di hampir setiap acara sentinel tersebut dilaporkan ke Komisi Bersama Sentinel Event Database dan sebagai leading akar penyebab pada sebagian besar kasus yang diteliti Sejak 1996. Perbedaan hirarki, saling bertentangan peran, ambiguitas dalam tanggung jawab, dan kekuasaan pertarungan bisa menyebabkan kegagalan komunikasi yang membahayakan keselamatan dan kualitas pasien perawatan.

Pengertian

Pada tingkat yang paling dasar, komunikasi adalah pertukaran informasi antara dua orang, kelompok, atau komunitas (Nadzam, 2009). Kata itu komunikasi meliputi banyak jenis pertukaran, seperti komunikasi lisan dan tertulis, dan komunikasi yang lebih halus seperti bahasa tubuh, sikap, dan nada. Komunikasi bukan hanya tentang apa kata seseorang, tapi bagaimana dia mengatakannya.

Komunikasi dan kerja tim kesehatan

Komunikasi yang efektif antara perawat dan pengasuh lainnya sangat penting untuk keselamatan pasien, namun banyak tantangan berkontribusi untuk komunikasi yang buruk dan yang tidak sehat bergantung pada tindakan individu. Sebagai contoh, Perawat dilatih untuk menjadi naratif dan deskriptif dalam pesan mereka. Dokter, di sisi lain, sangat berorientasi pada tindakan dan ingin pokok bahasan masalah sehingga tindakan segera bisa dilakukan. Hambatan komunikasi antara perawat dan dokter adalah sebagai berikut:

- Kurangnya struktur, kebijakan, dan prosedur terkait dengan konten, waktu, atau tujuan laporan lisan
- Tidak ada model atau kerangka mental bersama komunikasi kesehatan verbal
- Tidak ada aturan untuk pengiriman informasi secara lisan, baik tatap muka atau melalui telepon.
- Perbedaan pendapat, bahkan di kalangan perawat, seperti untuk informasi apa yang harus dikomunikasikan selama laporan lisan
- Sering terjadi interupsi dan gangguan.
- Frekuensi komunikasi

Untuk mendorong komunikasi sebagai bagian pekerjaan sehari-hari, organisasi kesehatan harus menekankan pentingnya kerja sama tim.

Metode untuk mempromosikan kerja sama tim harus disesuaikan dengan karakteristik unik dari sebuah organisasi, namun tindakan berikut adalah penting untuk menciptakan lingkungan di mana staf di seluruh tingkat bekerja sama dengan baik:

- Berikan pelatihan tim.
- Hilangkan hirarki.
- Membentuk peran dan tanggung jawab.
- Terapkan kebijakan toleransi nol untuk mengganggu tingkah laku.

Perilaku mengganggu dan intimidasi

Perilaku mengganggu dan mengintimidasi-termasuk bahasa kasar dan perilaku bermusuhan di antara profesional layanan kesehatan - dapat mendorong kesalahan medis, berkontribusi terhadap kepuasan pasien yang buruk dan hasil buruk yang dapat dicegah, meningkatkan biaya perawatan, dan menyebabkan perawat berkualitas dan dokter, administrator, dan manajer lain untuk mencari posisi baru di lingkungan yang lebih profesional.

Pemimpin kesehatan dan perawat telah mengenal bertahun-tahun yang mengganggu dan mengintimidasi perilaku adalah masalah serius. Intimidasi, ledakan verbal, sikap merendahkan, dan menolak untuk mengambil bagian dalam tugas yang ditugaskan semua komunikasi yang terhambat dan dapat menyebabkan kerusakan pada proses perawatan. Perilaku yang mengganggu dan mengintimidasi adalah masalah serius yang membuat *Joint Commission International (JCI)* mengeluarkan Peringatan Kejadian Sentinel mendesak organisasi untuk melakukan serangkaian 11 langkah untuk mengatasi masalah ini. JCI juga memperkenalkan standar baru pada tahun 2009 yang mewajibkan organisasi terakreditasi untuk membuat kode etik yang mendefinisikan perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima dan untuk menetapkan proses formal untuk mengelola perilaku yang tidak dapat diterima. Maksud dari peringatan dan standar baru ini juga untuk menciptakan suasana di mana perawat dan semua anggota tim perawatan diberdayakan untuk berbicara jika mereka menganggap ada sesuatu yang salah.

Diantara strategi yang ada yang sangat relevan untuk mempromosikan komunikasi efektif adalah berikut (Nadzam, 2009):

- Didiklah semua anggota tim kesehatan tentang perilaku profesional, termasuk pelatihan dasar-dasar seperti bersikap sopan selama interaksi telepon, bisnis etiket, dan keterampilan orang-orang umum.
- Tahan semua anggota tim untuk bertanggung jawab memodelkan perilaku dan penegakan yang diinginkan Kode etik secara konsisten dan merata.
- Menetapkan pendekatan menyeluruh terhadap perilaku yang mengganggu dan mengintimidasi itu termasuk kebijakan toleransi nol, kuat keterlibatan dan dukungan dari dokter. Kepemimpinan, mengurangi kekhawatiran akan retribusi terhadap mereka yang

melaporkan gangguan dan mengintimidasi perilaku, dan menentukan bagaimana dan kapan tindakan disipliner harus dimulai

- Mengembangkan sistem untuk mendeteksi dan menerima laporan tidak profesional, mengganggu, dan perilaku mengintimidasi.

Melibatkan pasien dan keluarga dalam proses terapi

Memberikan informed consent

Proses consent adalah barometer untuk mengetahui sejauh mana keterlibatan pasien dalam proses terapi. Informed consent tidak hanya sebatas tanda tangan pasien dan keluarganya, tetapi merupakan suatu proses untuk memberikan kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk mempertimbangkan semua pilihan dan resiko yang terkait dengan pengobatan pasien (Commission on Patient Safety and Quality Assurance, 2008). Sudah banyak guidelines yang diterbitkan untuk membantu petugas untuk mendapatkan informed consent dengan baik. Sayangnya keterbatasan waktu dan kebiasaan petugas untuk mendapatkan informed consent dengan cepat membuat proses ini seringkali diabaikan.

Ada dua bagian utama dari informed consent, yaitu:

1. Bagian yang menginformasikan pasien mengenai:
 - a. Pemberian informasi oleh praktisi kesehatan
 - b. Penangkapan informasi oleh pasien.
2. Bagian yang memungkinkan pasien mengambil keputusan:
 - a. Pengambilan keputusan oleh pasien dengan bebas dan tidak terpaksa
 - b. Kompetensi kultural

Banyak pihak yang memperdebatkan sejauh mana dan jenis informasi apa saja yang harus disampaikan pada pasien dan sejauh mana informasi itu harus dimengerti pasien sebelum seorang pasien dikatakan telah menerima informasi dengan baik. Bagaimana seorang dokter atau praktisi kesehatan lainnya bisa mengetahui bahwa keputusan pasien diambil secara bebas (tidak terpaksa), berdasarkan pengetahuan yang adekuat, dan terbebas dari tekanan-tekanan internal (stress, kesedihan mendalam, dan lain-lain) dan eksternal (biaya, ancaman, dan lain-lain).

Penelitian-penelitian yang menunjukkan kemungkinan keberhasilan dan kegagalan pengobatan telah tersedia untuk sebagian besar pengobatan. Informasi-informasi ini harus disampaikan pada pasien, bahkan lebih baik jika tersedia dalam bentuk media cetak dan bisa diberikan pada pasien untuk membantu membuat keputusan.

Informasi yang harus diberikan pada pasien menurut Victorian Department of Health (2010) antara lain:

1. **Diagnosis:** meliputi prosedur diagnosis dan hasil pemeriksaannya. Jika tindakan medis dilakukan untuk melakukan diagnosis, maka prosedur diagnosis harus dijelaskan.
2. **Tingkat kepastian diagnosis:** Ilmu kedokteran adalah ilmu yang tingkat ketidakpastiannya tinggi, dengan semakin banyak gejala yang muncul, maka diagnosis bisa berubah atau bisa semakin pasti.
3. **Resiko terapi:** pasien perlu mengetahui efek samping terapi, komplikasi akibat terapi atau tindakan medis, outcome yang mungkin memengaruhi kesehatan mental pasien, latar belakang dari resiko terapi, konsekuensi jika tidak dilakukan terapi. Pasien juga perlu tahu pilihan terapi yang tersedia, tidak hanya jenis terapi yang dipilih dokternya. Pasien juga perlu tahu jenis terapi pilihan, hasil yang diharapkan, kapan terapi harus dimulai, lama terapi dan biaya yang dibutuhkan.
4. **Manfaat terapi dan resiko jika tidak dilakukan terapi:** sebagian terapi prognosinya buruk, sehingga pilihan untuk tidak memberikan terapi akan lebih baik.
5. **Perkiraan waktu pemulihan:** jenis terapi atau tindakan medis yang dipilih mungkin akan mempengaruhi kehidupan pasien, seperti pekerjaan, jarak tempat pengobatan dari rumah pasien jika harus sering kontrol.
6. **Nama, jabatan, kualifikasi, dan pengalaman tenaga kesehatan yang memberikan terapi dan perawat:** pasien perlu mengetahui apakah tenaga kesehatan yang akan memberikan terapi atau melakukan tindakan medis cukup berpengalaman. Jika tidak maka dibutuhkan supervisi dari seniornya dan informasi tentang supervisi ini juga harus diberikan pada pasien.
7. **Ketersediaan dan biaya perawatan setelah keluar dari rumah sakit:** pasien mungkin masih membutuhkan perawatan dirumah setelah keluar dari rumah sakit. Maka informasi ketersediaan tenaga kesehatan disekitar rumahnya dan perkiraan biaya perawatan sampai pulih juga harus disampaikan.

Kompetensi Budaya

Kompetensi budaya adalah istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan pengetahuan, keahlian, dan sikap yang harus dimiliki semua tenaga kesehatan supaya dapat memberikan pelayanan kesehatan yang tepat dan adekuat pada semua orang dengan tetap menghargai budaya local (Eshleman & Davidhizar, 2006). Tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi budaya mampu untuk:

- memahami dan menerima perbedaan budaya
- memahami nilai budaya yang dipercaya seseorang
- memahami bahwa individu dengan latar belakang budaya yang berbeda akan berkomunikasi, berperilaku, menginterpretasi masalah dan memecahkan masalah dengan cara yang berbeda pula.
- Memahami bahwa kepercayaan terhadap budaya tertentu akan mempengaruhi pasien dalam menilai kesehatannya, mencari kesehatan, berinteraksi dengan tenaga kesehatan dan kepatuhan terhadap pengobatan.

- Menyesuaikan cara bekerja dengan budaya setempat, sehingga bisa diterima oleh pasien dan masyarakat setempat.

Perlu diketahui bahwa gerakan keselamatan pasien di banyak negara, termasuk di Indonesia, masih merupakan hal yang baru. Dokter dan pasien baru saja terpapar dengan program keselamatan pasien dan pelibatan pasien dalam proses terapi. Diskusi dan perdebatan juga masih hangat, tetapi satu hal yang perlu diingat adalah dibanyak negara yang sudah lebih dahulu menerapkan, patient safety adalah tentang mengubah budaya dalam sistem pelayanan kesehatan.

Menyampaikan insiden pada pasien

Salah satu prinsip komunikasi yang baik adalah jujur dan tidak menutupi kesalahan. Setiap insiden yang terjadi dalam proses pelayanan kesehatan haruslah dijelaskan dan didiskusikan secara terbuka pada pasien. Di beberapa negara, seperti di Australia menyampaikan insiden pada pasien sudah menjadi kebijakan nasional. Menurut the Australian Commision on Safety and Quality in Health Care (2010), dalam proses penyampaian insiden pada pasien, dokter harus meminta maaf atas insiden yang telah terjadi, memberitahukan rencana perubahan terapi (jika ada), memberitahukan perkembangan hasil investigasi mengenai terjadinya insiden, dan memberitahukan langkah-langkah yang akan diambil untuk mencegah insiden serupa di masa yang akan datang.

Penelitian Charles Vincent (2010), mengenai dampak luka yang diakibatkan tindakan medis (*medical injury*) terhadap pasien dan keluarganya dan alasan mengapa mereka mengajukan tuntutan hukum telah menjadi pendorong untuk memperhatikan peran dan pengalaman pasien selama proses terapi. Hasil survey menunjukkan bahwa insiden medis yang dialami pasien memunculkan emosi yang kuat dari pasien dan keluarganya, dan emosi ini bertahan cukup lama, keputusan untuk mengajukan tuntutan hukum ditentukan oleh insiden medisnya dan komunikasi dalam penanganan masalah yang kurang baik, dan hanya 15% dari jumlah kasus yang diwawancara merasa bahwa penjelasan yang diberikan dianggap memuaskan.

Setelah terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pasien selalu ingin mendapatkan penjelasan mengenai terjadinya kejadian tersebut, yang antara lain mencakup (Comission on Patient Safety and Quality Assurance, 2008):

- penjelasan mengenai apa yang telah terjadi
- pernyataan akan bertanggung jawab atas apa yang sudah terjadi
- permintaan maaf
- memastikan bahwa akan mencegah kejadian yang sama terulang lagi
- pada beberapa kasus, hukuman dan kompensasi.

Tetapi pada umumnya dokter dan perawat khawatir jika informasi mengenai insiden diberikan akan memancing kemarahan pasien dan keluarganya dan berdampak pada dibuatnya tuntutan hukum. Dokter juga khawatir akan memberikan lebih banyak stress pada

pasien, dan untuk dirinya sendiri, khawatir akan kehilangan reputasi, pekerjaan, dan malu dengan kolega lainnya.

Ada beberapa guidelines yang sudah diterbitkan untuk membantu dokter dan perawat memberikan informasi terjadinya insiden pada pasien. Ada 8 prinsip pemberian informasi insiden menurut Australian Commision for Safety and Quality in Health Care (2010):

1. Komunikasi yang terbuka setiap saat: ketika terjadi hal yang tidak diinginkan, pasien dan keluarganya harus diberikan informasi mengenai apa yang telah terjadi dengan jujur dan terbuka sepanjang waktu. Informasi mengenai proses yang sedang berlangsung sebaiknya juga diberikan.
2. Pengakuan: organisasi pelayanan kesehatan harus mengakui jika suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) terjadi dan memulai proses pemberian informasi (*open disclosure*).
3. Mengekspresikan penyesalan atau meminta maaf: Penyesalan atas kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi harus disampaikan sedini mungkin pada pasien.
4. Memahami keinginan pasien dan keluarganya: Sudah menjadi kewajiban jika pasien dan keluarganya ingin mengetahui semua fakta-fakta yang terkait dengan terjadinya adverse event dan konsekuensinya, ingin diperlakukan dengan penuh empathy, dihargai dan diberikan dukungan sesuai dengan yang dibutuhkannya.
5. Dukungan dari staff medis: Organisasi pelayanan kesehatan harus menciptakan lingkungan dimana semua staff mampu dan terdorong untuk mengenali dan melaporkan terjadinya adverse events dan mendapatkan dukungan dari organisasi dalam proses memberikan informasi pada pasien.
6. Manajemen resiko yang terintegrasi dan perbaikan sistem: Investigasi kejadian tidak diharapkan (KTD) dan hasilnya dilakukan melalui proses yang berfokus pada manajemen resiko. Hasil investigasi berfokus pada perbaikan sistem dan kemudian akan direview efektifitasnya.
7. Good Governance: Proses pemberian informasi insiden pada pasien membutuhkan proses peningkatan mutu dan identifikasi resiko klinis melalui kerangka governance dimana adverse events diinvestigasi dan dianalisis untuk mengetahui apa saja yang bisa dilakukan untuk mencegah hal yang sama terulang kembali.
8. Kerahasiaan (confidentiality): Kebijakan dan prosedur yang dibuat organisasi pelayanan kesehatan harus mmepertimbangkan sepenuhnya privasi dan confidentiality pasien, keluarganya dan staffnya sendiri, sesuai dengan hukum yang berlaku.

Latihan

- 1) Jelaskan tentang Peringatan Kejadian Sentinel!
- 2) Jelaskan tentang informasi resiko terapi yang harus disampaikan pada pasien!
- 3) Jelaskan tentang 8 prinsip pemberian informasi insiden menurut *Australian Commission for Safety and Quality in Health Care (2010)*!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

1) Peringatan Kejadian Sentinel

Pemimpin kesehatan dan perawat telah mengenal bertahun-tahun yang mengganggu dan mengintimidasi perilaku adalah masalah serius. Intimidasi, ledakan verbal, sikap merendahkan, dan menolak untuk mengambil bagian dalam tugas yang ditugaskan semua komunikasi yang terhambat dan dapat menyebabkan kerusakan pada proses perawatan. Perilaku yang mengganggu dan mengintimidasi adalah masalah serius yang membuat Joint Commission International (JCI) mengeluarkan Peringatan Kejadian Sentinel mendesak organisasi untuk melakukan serangkaian 11 langkah untuk mengatasi masalah ini. JCI juga memperkenalkan standar baru pada tahun 2009 yang mewajibkan organisasi terakreditasi untuk membuat kode etik yang mendefinisikan perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima dan untuk menetapkan proses formal untuk mengelola perilaku yang tidak dapat diterima. Maksud dari peringatan dan standar baru ini juga untuk menciptakan suasana di mana perawat dan semua anggota tim perawatan diberdayakan untuk berbicara jika mereka menganggap ada sesuatu yang salah.

2) Informasi resiko terapi yang harus disampaikan pada pasien

Informasi yang harus diberikan pada pasien menurut Victorian Department of Health (2010) antara lain:

1. Diagnosis: meliputi prosedur diagnosis dan hasil pemeriksaannya. Jika tindakan medis dilakukan untuk melakukan diagnosis, maka prosedur diagnosis harus dijelaskan.
2. Tingkat kepastian diagnosis: Ilmu kedokteran adalah ilmu yang tingkat ketidakpastiannya tinggi, dengan semakin banyak gejala yang muncul, maka diagnosis bisa berubah atau bisa semakin pasti.
3. Resiko terapi: pasien perlu mengetahui efek samping terapi, komplikasi akibat terapi atau tindakan medis, outcome yang mungkin memengaruhi kesehatan mental pasien, latar belakang dari resiko terapi, konsekuensi jika tidak dilakukan terapi. Pasien juga perlu tahu pilihan terapi yang tersedia, tidak hanya jenis terapi yang dipilih dokternya. Pasien juga perlu tahu jenis terapi pilihan, hasil yang diharapkan, kapan terapi harus dimulai, lama terapi dan biaya yang dibutuhkan.
4. Manfaat terapi dan resiko jika tidak dilakukan terapi: sebagian terapi prognosisnya buruk, sehingga pilihan untuk tidak memberikan terapi akan lebih baik.

5. Perkiraan waktu pemulihan: jenis terapi atau tindakan medis yang dipilih mungkin akan mempengaruhi kehidupan pasien, seperti pekerjaan, jarak tempat pengobatan dari rumah pasien jika harus sering kontrol.
 6. Nama, jabatan, kualifikasi, dan pengalaman tenaga kesehatan yang memberikan terapi dan perawatan: pasien perlu mengetahui apakah tenaga kesehatan yang akan memberikan terapi atau melakukan tindakan medis cukup berpengalaman. Jika tidak maka dibutuhkan supervisi dari seniornya dan informasi tentang supervisi ini juga harus diberikan pada pasien.
 7. Ketersediaan dan biaya perawatan setelah keluar dari rumah sakit: pasien mungkin masih membutuhkan perawatan dirumah setelah keluar dari rumah sakit. Maka informasi ketersediaan tenaga kesehatan disekitar rumahnya dan perkiraan biaya perawatan sampai pulih juga harus disampaikan.
- 3) 8 prinsip pemberian informasi insiden menurut *Australian Commision for Safety and Quality in Health Care (2010)*
1. Komunikasi yang terbuka setiap saat: ketika terjadi hal yang tidak diinginkan, pasien dan keluarganya harus diberikan informasi mengenai apa yang telah terjadi dengan jujur dan terbuka sepanjang waktu. Informasi mengenai proses yang sedang berlangsung sebaiknya juga diberikan.
 2. Pengakuan: organisasi pelayanan kesehatan harus mengakui jika suatu kejadian tidak diharapkan (KTD) terjadi dan memulai proses pemberian informasi (open disclosure).
 3. Mengekspresikan penyesalan atau meminta maaf: Penyesalan atas kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi harus disampaikan sedini mungkin pada pasien.
 4. Memahami keinginan pasien dan keluarganya: Sudah menjadi kewajiban jika pasien dan keluarganya ingin mengetahui semua fakta-fakta yang terkait dengan terjadinya KTD dan konsekuensinya, ingin diperlakukan dengan penuh empathy, dihargai dan diberikan dukungan sesuai dengan yang dibutuhkannya.
 5. Dukungan dari staf medis: Organisasi pelayanan kesehatan harus menciptakan lingkungan dimana semua staff mampu dan terdorong untuk mengenali dan melaporkan terjadinya adverse events dan mendapatkan dukungan dari organisasi dalam proses memberikan informasi pada pasien.
 6. Manajemen resiko yang terintegrasi dan perbaikan sistem: Investigasi kejadian tidak diharapkan (KTD) dan hasilnya dilakukan melalui proses yang berfokus pada manajemen resiko. Hasil investigasi berfokus pada perbaikan sistem dan kemudian akan direview efektifitasnya.
 7. Good Governance: Proses pemberian informasi insiden pada pasien membutuhkan proses peningkatan mutu dan identifikasi resiko klinis melalui kerangka governance dimana adverse events diinvestigasi dan dianalisis untuk mengetahui apa saja yang bisa dilakukan untuk mencegah hal yang sama terulang kembali.

8. Kerahasiaan (confidentiality): Kebijakan dan prosedur yang dibuat organisasi pelayanan kesehatan harus mempertimbangkan sepenuhnya privasi dan confidentiality pasien, keluarganya dan staffnya sendiri, sesuai dengan hukum yang berlaku

Ringkasan

- Menggali isu pentingnya keterampilan komunikasi dan pengetahuan kepada tenaga kesehatan agaknya seperti membahas kebutuhan akan mata untuk dilihat. Sebagian besar tenaga kesehatan tidak akan memperdebatkan relevansi atau pentingnya keterampilan dan pengetahuan ini. Masalahnya adalah keterampilan komunikasi dan pengetahuan apa yang dibutuhkan dan bagaimana cara memperolehnya.
- Selain itu, di era praktik berbasis bukti ini, tenaga kesehatan tidak dapat lagi puas dengan mengetahui bagaimana melakukannya, mereka harus mengerti mengapa dan bukti apa yang ada untuk mendukung manfaat dari pendekatan ini.
- Dalam modul ini, dimensi fenomena komunikasi manusia dan yang lebih spesifik lagi, komunikasi kesehatan dieksplorasi secara mendalam. Penyedia layanan kesehatan perlu mengetahui variabel-variabel yang mempengaruhi penerimaan, pengolahan, dan ekspresi. Mereka perlu memahami konteks multikultural di mana komunikasi terjadi. Penyedia layanan kesehatan memberikan layanan kesehatan, yang semuanya - pencegahan penyakit, promosi kesehatan, penyaringan kesehatan, dan pendidikan kesehatan - memerlukan yayasan dalam komunikasi terapeutik.
- Pengetahuan dan keterampilan khusus dibutuhkan untuk berhubungan secara efektif di kpaties ini ketika krisis atau penyakit kronis yang berkepanjangan merupakan subyek pengelolaan layanan kesehatan.

Tes 1

- 1) Perawat A mendapatkan order melalui telepon dari Dokter B. Karena pasien penuh dan Perawat A hanya bertugas berdua saja, Perawat A lupa menuliskan dalam catatan keperawatan. Dokter B menginstruksikan untuk memberikan obat anti alergi untuk Pasien U, yang seharusnya untuk Pasien T, yang mengakibatkan Pasien U mengalami Shock Anafilaktik. Keesokan harinya, Dokter B mengingkari bahwa ia telah meresepkan obat tersebut dan Perawat A tidak mempunyai bukti tertulis dari order tersebut. Masalah ini termasuk dalam hambatan komunikasi tenaga kesehatan yaitu:
- A. Kurangnya standard prosedur terkait dengan konten, waktu, atau tujuan laporan lisan
 - B. Tidak ada model atau kerangka mental bersama komunikasi kesehatan verbal
 - C. Tidak ada aturan untuk pengiriman informasi secara lisan
 - D. Perbedaan pendapat
 - E. Sering terjadi interupsi dan gangguan
- 2) Pasien C bertanya pada Perawat D tentang informasi dokter yang akan membedahnya dan diberitahu bahwa Dokter E yang akan melakukannya. Pada saat memasuki ruang persiapan, Pasien C didatangi oleh seorang dokter yang menjelaskan tentang prosedur yang akan

dilalui tanpa mengenalkan diri. Pasien C bertanya siapa dokter itu, dan dijawab oleh perawat ruang penerimaan yaitu Dokter H. Pasien C menjadi marah karena merasa dipermainkan. Kejadian ini tidak akan terjadi jika Pasien C diinformasikan tentang:

- A. Diagnosis
- B. Resiko terapi
- C. Manfaat terapi dan resiko jika tidak dilakukan terapi
- D. Perkiraan waktu pemulihan
- E. Nama, jabatan, kualifikasi, dan pengalaman tenaga kesehatan yang memberikan terapi dan perawatan

3) Apabila terjadi Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) misalnya tertinggal gunting dalam abdomen paska laparatomi tetapi tenaga kesehatan terkait langsung mengakui dan menyampaikan kepada keluarga pasien sedini mungkin, maka hal tersebut sesuai dengan delapan prinsip pemberian informasi insiden yaitu:

- A. Komunikasi yang terbuka setiap saat
- B. Pengakuan
- C. Mengekspresikan penyesalan atau meminta maaf
- D. Memahami keinginan pasien dan keluarganya
- E. Dukungan dari staf medis

4) Perawat berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan utama mengenai intervensi medis yang ditentukan untuk klien. Pernyataan manakah yang paling mewakili hubungan kolaboratif?

- A. "Obat baru yang Dokter resepkan untuk Pak Budi itu tidak efektif."
- B. "Saya khawatir dengan tekanan darah Pak Budi, tidak berkurang bahkan dengan obat antihipertensi"
- C. "Bisakah kita membicarakan Pak Budi?"
- D. "Maaf Dokter, saya pikir kita perlu membicarakan tekanan darah Pak Budi".
- E. "Sepertinya Dokter sudah membuat kesalahan memberi obat"

5) Perawat berkomunikasi dengan klien dewasa yang berorientasi perhatian dalam perawatan jangka panjang. Pernyataan manakah yang paling mencerminkan komunikasi hormat dan perhatian?

- A. Apakah Bapak siap untuk mandi?
- B. Sudah waktunya pergi ke ruang makan, sayang.
- C. Apakah Anda merasa nyaman, Pak Dudi?
- D. Anda lebih suka memakai celana panjang itu, bukan?
- E. Bapak khan lebih suka makan bubur ayam daripada bubur sumsum

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 1 yang terdapat di bagian akhir Bab 3 ini.

Topik 2 Monitoring Evaluasi Keselamatan Pasien

Selama 10 tahun terakhir telah terjadi luapan statistik tentang kesalahan medis dan kerugian bagi pasien, serangkaian kasus kegagalan layanan kesehatan yang benar-benar tragis dan semakin banyak laporan pemerintah dan profesional utama mengenai kebutuhan untuk membuat layanan kesehatan lebih aman. Sekarang ada penerimaan dan kesadaran luas akan masalah bahaya medis dan, dalam dekade terakhir, upaya besar telah dilakukan untuk memperbaiki keselamatan layanan kesehatan. Kita mungkin cukup menanyakan apakah pasien lebih aman dari pada 10 tahun yang lalu. Jawaban atas pertanyaan sederhana ini sangat sulit dipahami. Alasan utamanya adalah bahwa sampai baru-baru ini, untuk semua energi dan aktivitas, pengukuran dan evaluasi belum menjadi agenda prioritas. Dalam lima tahun terakhir banyak organisasi, setidaknya di *British National Health Service (BNHS)*, telah berkumpul sejumlah besar informasi keselamatan (Vincent, Burnett, & Cartney, 2013). Sebagian besar, bagaimanapun, tidak dapat dengan yakin menilai apakah pasien mereka kurang lebih aman daripada di masa lalu.

Mengukur keselamatan, bagaimanapun, bukan semata-mata mengukur bahaya. Menilai keselamatan dengan apa yang telah terjadi di masa lalu, meski informatif, tidak dengan sendirinya memberi tahu Anda betapa berbahayanya saat ini atau akan berada di masa depan. Keselamatan berkaitan dengan berbagai cara di mana sistem dapat gagal berfungsi, yang tentunya jauh lebih banyak daripada mode fungsi yang dapat diterima. Beberapa kegagalan ini mungkin sudah tidak asing lagi, bahkan bisa diprediksi, namun sistem ini mungkin juga tidak berfungsi dengan cara yang tidak terduga. Keselamatan sebagian dicapai dengan waspada terhadap gangguan ini, merespons dengan cepat untuk menjaga agar tetap berjalan lancar. Dokter, perawat dan manajer keperawatan melakukan ini sepanjang waktu dalam perawatan kesehatan, mungkin lebih besar daripada industri lainnya. Tapi ketika mereka berhasil, atau sistem mengkompensasi dengan cara lain, tindakan ini dalam arti tidak terlihat.

Bagaimana seseorang bisa mengukur sesuatu yang tidak berwujud?

Lingkup keselamatan yang meluas: menentukan apa yang tidak dapat diterima Pada tahun 1950 banyak komplikasi perawatan kesehatan diakui, setidaknya oleh beberapa orang, namun sebagian besar dipandang sebagai konsekuensi intervensi medis yang tak terelakkan (Vincent, 2010). Secara bertahap, beberapa jenis insiden dan kerugian tampaknya tidak dapat diterima dan dapat dicegah. Contoh paling jelas akhir-akhir ini adalah infeksi terkait layanan kesehatan, yang tidak lagi dipandang sebagai efek samping layanan kesehatan yang tidak menguntungkan. Dengan meningkatnya pemahaman akan proses yang mendasarinya, mekanisme transmisi dan metode pencegahan, ditambah dengan tekanan publik dan peraturan yang besar, infeksi tersebut menjadi tidak dapat diterima oleh pasien dan profesional. Daftar 'tidak pernah kejadian' yang diajukan di berbagai negara, seperti pembedahan lokasi yang salah atau bunuh diri seorang pasien saat berada di rumah sakit,

sama-sama memiliki kesediaan untuk mengatakan bahwa jenis kegagalan tertentu tidak dapat ditolerir.

Dalam 10 tahun terakhir, karena lebih banyak jenis bahaya telah dianggap dapat dicegah, perimeter keselamatan pasien telah meningkat. Sejumlah besar peristiwa berbahaya sekarang dianggap 'tidak dapat diterima' dan jadi menjadi masalah keamanan dan bukan kualitas. Selain infeksi dan 'tidak pernah kejadian' yang sekarang bisa kita dapatkan, di Inggris, ulkus tekanan, terjatuh, tromboemboli vena dan kateter dengan infeksi saluran kemih terkait (Vincent, 2010). Kita juga harus mempertimbangkan reaksi obat-obatan yang merugikan di masyarakat yang menyebabkan masuk ke rumah sakit, polifarmasi dan bahaya umum dari penanganan berlebihan. Semua ini, di masa lalu, mungkin telah disesali tapi sekarang mungkin mendapat perhatian lebih besar dengan dilihat di bawah payung keselamatan.

Kami juga melihat meningkatnya perhatian terhadap kinerja praktisi kesehatan individual. Analisis kejadian keselamatan tentu saja sering menunjukkan bahwa penyebab insiden semacam itu lebih banyak terjadi pada sistem yang lebih luas daripada anggota staf yang tidak beruntung yang paling dekat hubungannya dengan insiden tersebut. Namun, beberapa masalah keamanan disebabkan oleh kinerja sub-standar sembrono, baik yang disengaja atau karena penyakit atau ketidakmampuan.

Parameter keselamatan berkembang tetapi kita tidak harus menganggap ini sebagai langkah mundur. Perhatian lama dengan keamanan dalam spesialisasi seperti anestesi dan kebidanan sebenarnya adalah penanda standar tinggi yang telah dicapai oleh spesialisasi ini. Keselamatan di sini adalah sebuah aspirasi untuk merawat dan memberi label lebih baik sebagai 'isu keselamatan' adalah sebuah dorongan yang sangat memotivasi, mungkin emosional, sehingga hasil tersebut tidak dapat dan tidak boleh ditolerir.

Konteks sosial pengukuran

Pengukuran dalam praktek klinis cenderung diterima secara tidak kritis sebagai cerminan sejati fenomena minat. Tes darah, tanda vital dan hasil patologi adalah semua indeks terpercaya, meskipun interpretasi dan makna mereka bagi pasien individual mungkin sangat sulit. Namun, definisi tindakannya jelas dan metode pengukurannya tidak ambigu. Sebaliknya, ukuran keselamatan adalah, seperti yang telah kita diskusikan, sulit didefinisikan dengan akurat. Selain itu, bahkan ketika ukurannya tampaknya cukup jelas, ada banyak pengaruh di tempat kerja dalam proses pengukuran dan pengumpulan data. Hal ini berlaku untuk banyak sistem pengukuran, namun diilustrasikan dengan baik dalam sebuah studi baru-baru ini tentang intervensi keamanan utama.

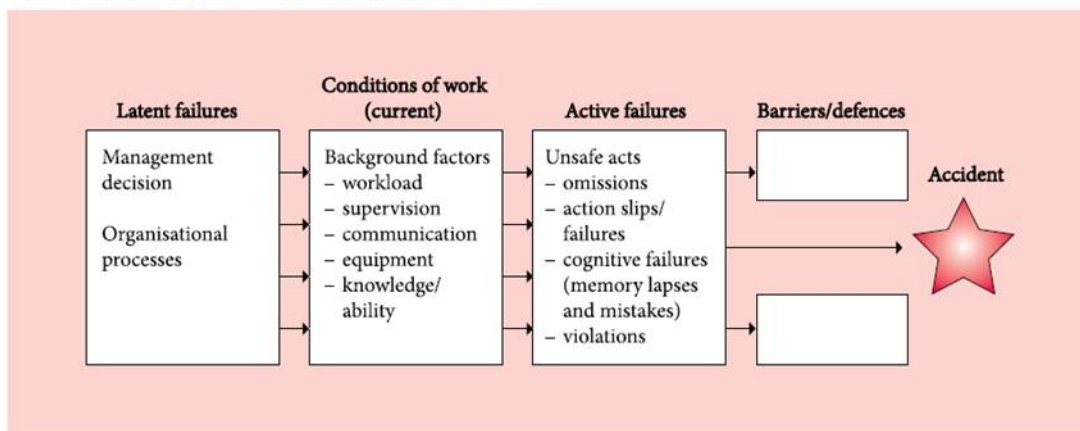
Sebagian besar literatur tentang ukuran kinerja menunjukkan bahwa orang mungkin dengan sengaja menyesuaikan definisi dan aspek lain untuk menghasilkan evaluasi yang lebih baik. Namun, dalam penelitian Vincent, Burnett, & Cartney (2013), jelaslah bahwa variabilitas timbul bukan karena orang menyembunyikan, mengaburkan atau menipu, tetapi karena menghitung praktik praktik sosial sebagai praktik teknis. Dalam beberapa kasus, unit benar-benar menyesuaikan definisi mereka untuk menunjukkan tingkat infeksi yang lebih tinggi. Karena mereka menilai sejumlah besar pasien berisiko rendah yang mereka rasakan

mendistorsi tingkat infeksi yang sebenarnya. Studi ini menunjukkan dengan sangat jelas bahwa bahkan ketika ada kejadian jelas yang jelas untuk dipantau dan diukur, akan selalu ada interpretasi dan adaptasi lokal, dan bahwa adaptasi ini seringkali merupakan alasan yang sangat bagus. Beberapa pasien dengan kemungkinan infeksi garis tengah tidak muncul pada gambar karena mereka ditangani dengan cepat dan efektif sebelum sumber infeksi yang tepat dapat diidentifikasi. Unit mengembangkan sejumlah metode pengumpulan data yang berbeda, masing-masing dengan kelebihan dan kekurangan yang terkait. Perbedaannya tidak menjadi masalah jika pendekatan yang konsisten diadopsi dari waktu ke waktu dan masing-masing unit terutama memperhatikan pemantauan kinerja mereka sendiri. Temuan ini seharusnya membuat kita berhati-hati dengan perbandingan antara unit atau organisasi kecuali jika kita sangat yakin bahwa hal itu dibandingkan dengan orang lain.

Sistem keamanan dalam perawatan kesehatan

Mengacu pada kerangka kerja Vincent untuk analisis kejadian klinis, yang biasa dikenal dengan Protokol London (Vincent, Burnett, & Cartney, 2013), didasarkan pada model kecelakaan organisasi untuk memberikan contoh nyata dari berbagai jenis kegagalan yang relevan dengan konteks layanan kesehatan, dengan menggunakan analisis insiden spesifik dan literatur layanan kesehatan yang lebih luas (Lihat Gambar di bawah ini).

Figure 4.2: Stages in the development of an organisational accident⁵² and an adapted model from Vincent *et al*¹⁴ supporting the London Protocol



Sumber: Vincent, Burnett, & Chartey (2013)

Tujuan khusus dari Protokol London adalah untuk memastikan proses penyelidikan reflektif yang komprehensif untuk insiden klinis yang melampaui kesalahan dangkal atau kesalahan untuk mengungkap faktor kontribusi yang mengakar lebih dalam. Protokol London mengacu pada model kecelakaan organisasi, alasan dimana ia mengajukan pertanggungjawaban untuk proses yang mendasari kegagalan aktif dan untuk mengeksplorasi kondisi di dalam sistem yang mungkin telah menyebabkan kegagalan. Protokol ini menyediakan kerangka kerja untuk merefleksikan sebuah kejadian untuk mengidentifikasi kekurangan atau kekurangan yang mendasar dalam sistem layanan kesehatan. Meskipun

diterapkan pada satu acara, tujuannya adalah untuk mengidentifikasi parameter yang relevan dengan keselamatan pasien di seluruh kejadian dan yang karenanya dapat menimbulkan risiko terhadap keselamatan di masa depan. Protokol London mengakui bahwa meminta pertanggungjawaban individu kadang-kadang sesuai, namun tambahan ini juga mendorong analisis seimbang keseluruhan sistem dalam upaya untuk mendukung budaya yang lebih terbuka dan adil dalam perawatan kesehatan.

Implikasi untuk memantau keamanan sistem di bidang kesehatan

Kisaran model dan pendekatan yang saat ini dipertimbangkan oleh kebanyakan orang yang bekerja di bidang kesehatan cukup sempit, tentunya dibandingkan dengan mereka yang bekerja di bidang ilmu keselamatan atau manajemen keselamatan di industri lain. Berbagai pendekatan konseptual ini memberikan landasan yang kaya untuk pengembangan sistem pemantauan keselamatan yang lebih baik di bidang kesehatan dan di tempat lain. Sementara model memberikan indikasi umum tentang pendekatan yang harus dilakukan (misalnya, fokus yang kuat pada indikator utama) mayoritas tidak didukung oleh studi empiris spesifik dan tidak memiliki implikasi yang sangat jelas untuk pengukuran. Perkembangan dalam teori ilmu keselamatan ini dapat mewakili kemajuan dalam pemahaman kita tentang kegagalan sistem dari sudut pandang teoretis, namun tidak harus dalam hal kemampuan kita untuk memperoleh kriteria yang nyata untuk metrik (*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare*, 2010).

Pendekatan konseptual mungkin menyarankan kriteria yang tidak segera atau jelas dapat diukur secara obyektif. Banyak masalah yang terkait dengan model konseptual keselamatan, keandalan dan ketahanan menyangkut sifat dasar atau laten yang kurang dikenal dalam kedokteran namun banyak ditemui dalam ilmu sosial. Perkembangan psikometri masih dapat memandu penyelidikan tentang reliabilitas dan validitas konsep tersebut. Indikator yang sesuai akan bervariasi tergantung pada kondisi lokal yang dinamis dan ancaman kontekstual. Pemantauan keamanan sistem yang efektif disampaikan melalui rekayasa sistem informasi yang mengenali sifat dinamis dari keamanan sistem dan bahwa ketahanan muncul melalui keseimbangan antara beberapa faktor pada satu titik waktu (Vincent, 2010). Maklum, ini merupakan tantangan besar bagi pengembangan sistem manajemen keselamatan untuk mendukung pengendalian optimal demi mempertahankan ketahanan tangguh ini.

Dimensi pengukuran dan pemantauan keselamatan

Menanyakan apakah sebuah organisasi aman membawa kita ke sejumlah pertanyaan yang membahas aspek keselamatan yang berbeda ini. Hal ini pada gilirannya telah mendorong kita untuk merenungkan informasi seperti apa yang idealnya kami butuhkan untuk memberi gambaran menyeluruh tentang keamanan organisasi secara menyeluruh dan menyeluruh. Vincent, Burnett, & Cartney (2013) mengelompokkannya menjadi lima dimensi, yaitu:

1. Kerusakan masa lalu: ini mencakup tindakan psikologis dan fisik
2. Keandalan: ini mencakup ukuran perilaku dan sistem
3. Sensitivitas terhadap operasi: informasi dan kapasitas untuk memantau keselamatan setiap jam atau setiap hari
6. Antisipasi dan kesiapan: kemampuan mengantisipasi, dan bersiap menghadapi, masalah
7. Integrasi dan pembelajaran: kemampuan untuk merespon dan memperbaiki, informasi keselamatan

Sistem pelaporan

Sistem pelaporan dalam perawatan kesehatan pada awalnya ditujukan untuk menyediakan sarana pengukuran dan pembelajaran baik dari kejadian buruk maupun masalah keselamatan lainnya (Commission on Patient Safety & Quality Assurance, 2008). Yang menjadi pertanyaan adalah “Dapatkah kita menggunakan sistem pelaporan untuk menghasilkan ukuran kerugian yang dapat diandalkan?”

Hasil penelitian Vincent, Burnett, & Cartney (2013) menunjukkan bahwa sistem pelaporan rutin yang diterapkan di rumah sakit besar ini melewatkan sebagian besar insiden keselamatan pasien yang diidentifikasi berdasarkan catatan kasus dan hanya mendeteksi 5% insiden yang mengakibatkan kerusakan pada pasien. Juga diketahui bahwa sistem pelaporan kejadian sangat miskin dalam mendeteksi kejadian buruk.

Pelaporan kejadian yang ditargetkan

Beberapa organisasi menggunakan laporan kejadian prospektif atau tertarget, seringkali untuk jangka waktu tertentu, untuk mengatasi masalah keamanan yang diketahui. Misalnya, dalam beberapa praktik perawatan primer ada minggu-minggu tertentu ketika setiap kejadian buruk dicatat. Dari sini, staf mungkin diminta untuk melaporkan masalah spesifik seperti kehilangan hasil tes berdasarkan target untuk bulan berikutnya (*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare*, 2010).

Pelaporan wajib 'tidak pernah kejadian'

Beberapa kejadian keselamatan jarang terjadi namun memiliki konsekuensi tragis, misalnya, kematian karena menyuntikkan obat intravena ke sumsum tulang belakang. Ini adalah peristiwa keselamatan yang paling menonjol dan paling mengganggu yang sesuai dengan 'kecelakaan' domain lainnya. Peristiwa-peristiwa tersebut dituangkan dalam daftar 28 'tidak pernah kejadian' yang disusun oleh Forum Mutu Nasional Inggris pada tahun 2004 dan sejak diadopsi oleh banyak organisasi sebagai target keselamatan (lihat Kotak List dibawah ini) (Vincent, Burnett, & Cartney, 2013). Identifikasi kejadian langka namun mengerikan ini selalu bergantung pada pelaporan, setidaknya sampai cara yang dapat diandalkan untuk mencari rekam medis elektronik muncul.

Contoh list “Tidak pernah kejadian” dari NHS Tahun 2012/2013

Pembedahan

Salah letak atau salahnya operasi implan

Tertinggalnya benda asing pasca operasi

Pemberian obat

Obat penyuntikan beresiko tinggi yang dipersiapkan dengan baik

Maladministrasi larutan mengandung potassium

Rute salah administrasi kemoterapi

Pemberian obat epidural intravena

Pemberian methotrexate oral yang tidak tepat

Kesehatan mental

Bunuh diri menggunakan rel yang tidak bisa dilipat

Melarikan diri dari tahanan yang ditransfer

Perawatan kesehatan umum

Jatuh dari jendela tak terbatas

Transfusi komponen darah ABO-tidak kompatibel

Saluran naso atau oro-lambung yang salah letak

Kesalahan identifikasi pasien

Maternitas

Kematian maternal akibat perdarahan pascapersalinan setelah operasi caesar elektif

Dampak mendefinisikan beberapa jenis kejadian serius karena tidak pernah kejadian saat ini tidak jelas, namun jelas merupakan pergeseran dari perspektif pembelajaran ke salah satu tata kelola dan akuntabilitas. Ini memiliki manfaat yang tidak diragukan lagi untuk memberi prioritas keselamatan yang sangat tinggi di dalam organisasi, namun mungkin juga memiliki efek yang tidak diharapkan untuk membatasi fokus pada berbagai isu keselamatan yang sempit. Tidak pernah kejadian juga menandai pernyataan standar keselamatan minimum yang baru dan agak kuat dalam perawatan kesehatan yang mungkin, dalam jangka panjang, membuktikan perkembangan yang lebih penting.

Latihan

- 1) Jelaskan tentang konteks sosial pengukuran keselamatan pasien!
- 2) Jelaskan tentang implikasi pengukuran keselamatan pasien!
- 3) Jelaskan tentang system pelaporan dalam pengukuran keselamatan pasien!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang

- 1) Konteks sosial pengukuran keselamatan pasien
Pengukuran dalam praktek klinis cenderung diterima secara tidak kritis sebagai cerminan sejati fenomena minat. Tes darah, tanda vital dan hasil patologi adalah semua indeks

terpercaya, meskipun interpretasi dan makna mereka bagi pasien individual mungkin sangat sulit. Namun, definisi tindakannya jelas dan metode pengukurannya tidak ambigu. Sebaliknya, ukuran keselamatan adalah, seperti yang telah kita diskusikan, sulit didefinisikan dengan akurat. Selain itu, bahkan ketika ukurannya tampaknya cukup jelas, ada banyak pengaruh di tempat kerja dalam proses pengukuran dan pengumpulan data. Hal ini berlaku untuk banyak sistem pengukuran, namun diilustrasikan dengan baik dalam sebuah studi baru-baru ini tentang intervensi keamanan utama.

Sebagian besar literatur tentang ukuran kinerja menunjukkan bahwa orang mungkin dengan sengaja menyesuaikan definisi dan aspek lain untuk menghasilkan evaluasi yang lebih baik. Namun, dalam penelitian Vincent, Burnett, & Cartney (2013), jelaslah bahwa variabilitas timbul bukan karena orang menyembunyikan, mengaburkan atau menipu, tetapi karena menghitung praktik praktik sosial sebagai praktik teknis. Dalam beberapa kasus, unit benar-benar menyesuaikan definisi mereka untuk menunjukkan tingkat infeksi yang lebih tinggi. Karena mereka menilai sejumlah besar pasien berisiko rendah yang mereka rasakan mendistorsi tingkat infeksi yang sebenarnya. Studi ini menunjukkan dengan sangat jelas bahwa bahkan ketika ada kejadian jelas yang jelas untuk dipantau dan diukur, akan selalu ada interpretasi dan adaptasi lokal, dan bahwa adaptasi ini seringkali merupakan alasan yang sangat bagus. Beberapa pasien dengan kemungkinan infeksi garis tengah tidak muncul pada gambar karena mereka ditangani dengan cepat dan efektif sebelum sumber infeksi yang tepat dapat diidentifikasi. Unit mengembangkan sejumlah metode pengumpulan data yang berbeda, masing-masing dengan kelebihan dan kekurangan yang terkait. Perbedaannya tidak menjadi masalah jika pendekatan yang konsisten diadopsi dari waktu ke waktu dan masing-masing unit terutama memperhatikan pemantauan kinerja mereka sendiri. Temuan ini seharusnya membuat kita berhati-hati dengan perbandingan antara unit atau organisasi kecuali jika kita sangat yakin bahwa hal itu dibandingkan dengan orang lain.

2) Implikasi pengukuran keselamatan pasien

Kisaran model dan pendekatan yang saat ini dipertimbangkan oleh kebanyakan orang yang bekerja di bidang kesehatan cukup sempit, tentunya dibandingkan dengan mereka yang bekerja di bidang ilmu keselamatan atau manajemen keselamatan di industri lain. Berbagai pendekatan konseptual ini memberikan landasan yang kaya untuk pengembangan sistem pemantauan keselamatan yang lebih baik di bidang kesehatan dan di tempat lain. Sementara model memberikan indikasi umum tentang pendekatan yang harus dilakukan (misalnya, fokus yang kuat pada indikator utama) mayoritas tidak didukung oleh studi empiris spesifik dan tidak memiliki implikasi yang sangat jelas untuk pengukuran. Perkembangan dalam teori ilmu keselamatan ini dapat mewakili kemajuan dalam pemahaman kita tentang kegagalan sistem dari sudut pandang teoretis, namun tidak harus dalam hal kemampuan kita untuk memperoleh kriteria yang nyata untuk metrik (*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2010*).

Pendekatan konseptual mungkin menyarankan kriteria yang tidak segera atau jelas dapat diukur secara obyektif. Banyak masalah yang terkait dengan model konseptual keselamatan, keandalan dan ketahanan menyangkut sifat dasar atau laten yang kurang dikenal dalam kedokteran namun banyak ditemui dalam ilmu sosial. Perkembangan psikometri masih dapat memandu penyelidikan tentang reliabilitas dan validitas konsep tersebut. Indikator yang sesuai akan bervariasi tergantung pada kondisi lokal yang dinamis dan ancaman kontekstual. Pemantauan keamanan sistem yang efektif disampaikan melalui rekayasa sistem informasi yang mengenali sifat dinamis dari keamanan sistem dan bahwa ketahanan muncul melalui keseimbangan antara beberapa faktor pada satu titik waktu (Vincent, 2010). Maklum, ini merupakan tantangan besar bagi pengembangan sistem manajemen keselamatan untuk mendukung pengendalian optimal demi mempertahankan ketahanan tangguh ini.

3) Sistem pelaporan dalam pengukuran keselamatan pasien

- Pelaporan kejadian yang ditargetkan

Beberapa organisasi menggunakan laporan kejadian prospektif atau tertarget, seringkali untuk jangka waktu tertentu, untuk mengatasi masalah keamanan yang diketahui. Misalnya, dalam beberapa praktik perawatan primer ada minggu-minggu tertentu ketika setiap kejadian buruk dicatat. Dari sini, staf mungkin diminta untuk melaporkan masalah spesifik seperti kehilangan hasil tes berdasarkan target untuk bulan berikutnya (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010).

- Pelaporan wajib 'tidak pernah kejadian'

Beberapa kejadian keselamatan jarang terjadi namun memiliki konsekuensi tragis, misalnya, kematian karena menyuntikkan obat intravena ke sumsum tulang belakang. Ini adalah peristiwa keselamatan yang paling menonjol dan paling mengganggu yang sesuai dengan 'kecelakaan' domain lainnya. Peristiwa-peristiwa tersebut dituangkan dalam daftar 28 'tidak pernah kejadian' yang disusun oleh Forum Mutu Nasional Inggris pada tahun 2004 dan sejak diadopsi oleh banyak organisasi sebagai target keselamatan (Vincent, Burnett, & Cartney, 2013). Identifikasi kejadian langka namun mengerikan ini selalu bergantung pada pelaporan, setidaknya sampai cara yang dapat diandalkan untuk mencari rekam medis elektronik muncul.

Ringkasan

- Pemikiran terkini dalam ilmu keselamatan terhadap teori ketahanan memberi kita kemungkinan untuk memahami bagaimana organisasi perawatan kesehatan terus beradaptasi, dalam menghadapi risiko dinamis terhadap keselamatan pasien, untuk mempertahankan kinerja bebas dari kegagalan sebagian besar waktu.
- Pelajaran dari teori sistem dinamis menunjukkan bahwa kita tidak dapat secara definitif menentukan faktor pembentukan keselamatan yang akan relevan di masa depan. Namun, kita dapat melangkah mundur dan memantau kapasitas sistem untuk mengidentifikasi dan

mengatasi risiko. Pendekatan ini mungkin melibatkan metrik pemantauan proses seperti: input data ke sistem pemantauan keselamatan, tingkat deteksi masalah keamanan, frekuensi tindakan perbaikan yang telah selesai, waktu siklus untuk penutupan kasus keselamatan, menilai efektivitas tindakan isu keselamatan.

- Untuk banyak alasan praktis (dan lainnya), menghitung dan menganalisis kecelakaan dan kegagalan sama-sama menarik dan perlu. Namun, sebagian besar perawatan kesehatan tidak dalam posisi bahagia dalam mengalami operasi bebas dari kesalahan dan dapat diperdebatkan bahwa karena itu akan terlalu dini untuk mengimpor model keselamatan yang berasal dari industri yang sudah sangat aman. Fokus manajemen keselamatan bergerak untuk melengkapi perspektif reaktif ini dengan yang lebih proaktif.
- Kita mulai dengan mempertimbangkan keragaman bahaya yang bisa menimpa pasien dalam sistem perawatan kesehatan. Sebagian besar pasien rentan terhadap infeksi, kejadian obat terlarang, terjatuh, dan komplikasi pembedahan dan perawatan lainnya. Pasien yang lebih tua, lemah badan atau memiliki beberapa kondisi mungkin mengalami efek buruk pengobatan berlebih, polifarmasi dan masalah lainnya seperti delirium, dehidrasi atau kekurangan gizi. Selain itu, pasien mungkin juga menderita akibat kejadian langka dan mungkin tak terduga, yang berasal dari perawatan baru, peralatan baru atau kombinasi masalah langka yang tidak dapat diperkirakan dengan mudah. Yang terpenting, jelas bahwa tidak satu pun tindakan yang telah kita bahas dapat mencakup semua sumber bahaya yang mungkin terjadi dan semua dianggap sebagai penilaian yang berguna, namun parsial, terhadap isu bahaya yang mendasarinya.

Tes 2

- 1) Tujuan dari mengukur keselamatan pasien adalah:
 - A. Kejadian masa lalu
 - B. Menduga ancaman keselamatan pasien
 - C. Menjaga agar pemberian layanan kesehatan berjalan lancar
 - D. Mencari kesalahan standard prosedur yang telah ditetapkan
 - E. Memudahkan pemberian hukuman bagi pegawai yang lalai

- 2) Protokol London digunakan terutama untuk menginvestigasi:
 - A. Pembangunan gedung rumah sakit yang tidak memenuhi syarat AMDAL.
 - B. Penanganan tertusuk jarum karena *re-capping*
 - C. Kecelakaan organisasi
 - D. Standar prosedur penanganan bencana
 - E. Institusi pelayanan kesehatan yang berakreditasi rendah

- 3) Kemampuan untuk merespon dan memperbaiki adalah salah satu aplikasi dari dimensi menurut Vincent, Burnett, & Cartney (2013) yaitu:
 - A. Kerusakan masa lalu
 - B. Keandalan
 - C. Sensitivitas terhadap operasi
 - D. Antisipasi dan kesiapan
 - E. Integrasi dan pembelajaran

- 4) Seorang perawat shift siang hari memperhatikan bahwa catatan keperawatan oleh perawat shift malam sebelumnya tidak sepenuhnya lengkap dan berakhir di tengah kalimat. Apa metode BENAR untuk memperbaiki masalah ini?
 - A. Tinggalkan cukup ruang bagi perawat malam untuk melengkapi catatannya
 - B. Memaafkan perawat malam karena dia mungkin lelah dan hanya lupa.
 - C. Hubungi perawat shift malam dan mintalah dia menyelesaikan catatannya secara lisan melalui telepon.
 - D. Singkirkan seluruh halaman di bagan pasien dan buat catatan yang menyatakan bahwa perawat malam akan menulis catatannya secara terpisah
 - E. Menghukum perawat shift malam

- 5) Saat operan shift pagi, perawat shift malam menekankan bahwa salah satu pasien yang baru dirawat berada dalam pengawasan untuk pencegahan kejang. Perawat shift pagi akan melakukan tindakan yang benar untuk pencegahan tersebut yaitu jika melakukan tindakan berikut kepada pasien:
- A. Sajikan makanan klien di wadah kertas dan plastik.
 - B. Menjaga tempat tidur klien pada posisi paling rendah.
 - C. Pindahkan klien ke ruangan lebih dekat ke stasiun perawat.
 - D. Pastikan pengekangan ekstremitas lunak diterapkan pada ekstremitas atas.
 - E. Pasang handuk di mulut pasien untuk mencegah tergigit.

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 2 yang terdapat di bagian akhir Bab 3 ini.

Topik 3

Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien

Perawat adalah pemain kunci karena mereka memiliki kontak langsung dan langsung dengan pasien, dan karena itu kemungkinan besar memiliki informasi penting mengenai perasaan dan kondisi fisik pasien, informasi yang dibutuhkan oleh anggota tim lainnya (Edgar, 2017).



Sumber: <http://clipart-library.com/clipart/174517.htm>

Perawat berada dalam peran yang sulit secara unik karena mereka harus mengkoordinasikan kegiatan mereka dengan dokter dan administrator yang lebih bertenaga dan memiliki status lebih dalam sistem medis. Pada saat yang sama, mereka harus berkoordinasi dengan rekan kerja mereka saat pasien dipekerjakan saat tinggal di rumah sakit dan dengan berbagai anggota tim lainnya seperti apotek, terapi fisik, catatan pasien, pekerjaan sosial dan berbagai teknisi. Selain itu mereka berada dalam hirarki departemen keperawatan mereka sendiri dan harus belajar bagaimana membangun hubungan yang efektif dengan atasan dan bawahan mereka sendiri.

Isu Keselamatan Pasien

Masalah keselamatan hampir selalu merupakan akibat dari kehilangan informasi atau informasi yang tersedia namun tidak ditindaklanjuti. Ini dimainkan dengan beberapa cara yang berbeda. Pertama, jika perawat tidak dalam komunikasi yang baik dengan pasien, dia mungkin tidak mendengar atau memahami signifikansi dari sesuatu yang coba dikatakan pasien. Hal ini dapat disebut sebagai "informasi yang hilang." Kedua, karena pasien akan menemui anggota tim perawatan lainnya pada waktu yang berbeda sepanjang hari, informasi penting tentang pasien harus dilewatkan ke anggota tim lainnya pada berbagai waktu. Jika perawat tidak dalam hubungan baik dengan anggota tim lainnya, dia mungkin akan melupakan, atau menahan, atau menyampaikan informasi dengan cara yang terburu-buru sehingga tidak benar-benar mendaftarkan. Sebagai alternatif, penerima informasi mungkin terburu-buru atau

sibuk atau dengan cara lain tidak memperhatikan, dan perawat mungkin tidak sempat menjelaskannya. Hal ini dapat disebut sebagai "informasi yang tidak ditindaklanjuti".

Kasus salah diagnosa, perlakuan salah, pemberian obat yang salah hampir selalu merupakan akibat dari masalah komunikasi tersebut. Perawat tidak mendengar atau menangkap sesuatu yang ingin dikatakan pasien, atau tidak dengan jelas menyampaikan informasi ini ke dokter atau orang lain yang akan berurusan dengan pasien, atau tidak mendengar dengan jelas apa yang dilakukan dokter atau anggota lain dari tim tersebut mencoba mengatakannya. Sangat menggoda untuk kemudian menyalahkan salah satu anggota tim ketika keadaan berjalan buruk dan pasien meninggal dunia, alih-alih menyadari bahwa setiap anggota tim, terutama perawat, berada dalam peran koordinasi yang sulit di mana hubungan baik sangat penting bagi penyebaran dan pemanfaatan informasi yang relevan dari pasien.

Peran Perawat dalam Hirarki

Jika seseorang mempertimbangkan karya berbagai jenis organisasi, orang akan dengan cepat menemukan bahwa perawatan kesehatan itu unik karena mengharuskan pekerjaan dilakukan secara terkoordinasi oleh karyawan dalam berbagai fungsi teknis dan dalam posisi yang berbeda dalam sebuah hirarki. Perawat berada dalam posisi yang sangat sulit dalam hal ini karena mereka harus beroperasi tidak hanya di unit keperawatan hierarkis mereka sendiri, namun juga di hierarki rumah sakit yang lebih luas di mana dokter sangat berkuasa dan dapat mendikte perawat sementara perawat, dan gilirannya, dapat mendikte ke anggota tim perawatan lainnya.

Untuk menggambarkan kompleksitas ini, Edgar (2017) mengamati kasus sebuah pusat kanker di sebuah rumah sakit besar dimana para dokter dan perawat bekerja dengan konsultan untuk mengidentifikasi sebuah proses yang akan membuatnya lebih nyaman bagi pasien yang akan menerima pengobatan kemo atau radiologis. Diputuskan bahwa perawat yang hadir untuk perawatan tersebut harus mengunjungi pasien tersebut pada malam sebelumnya untuk menjelaskan semuanya dan untuk membantu memperbaiki kecemasan yang tak terelakkan yang dirasakan pasien. Ketika pertama kali diimplementasikan, perawat yang ditugaskan untuk mengunjungi pasien tersebut pada malam itu pergi ke catatan pasien untuk membiasakan diri dengan kasus ini, hanya untuk menemukan bahwa catatan tersebut tidak tersedia karena mereka diperbarui di departemen lain. Perawat itu meminta akses dan diberi tahu bahwa ini tidak mungkin karena akan memerlukan banyak pekerjaan ekstra dari unit catatan yang sudah kelebihan beban, dan manajer pusat kanker yang tidak terlibat dalam pembuatan program baru ini, enggan memesan departemen rekaman medik untuk dipatuhi. Tidak ada yang bisa dilakukan perawat sampai seluruh tim berkumpul untuk mendiskusikan masalah alur kerja seputar prosedur baru tersebut. Membuat tim bersama terbukti sulit dan diputuskan bahwa keseluruhan prosedur pra-kunjungan terlalu rumit dan ditinggalkan. Kualitas pasien yang lebih tinggi dikorbankan dan tidak ada yang bisa dilakukan perawat tentang hal itu.

Masalah kekurangan staf dan akibat kerja yang berlebihan tentu saja selalu hadir dan harus ditangani, tetapi perlu ditekankan bahwa walaupun ada staf yang memadai, masalah koordinasi keperawatan harus diperhatikan jika keselamatan dan kualitas pasien. Kuncinya bahkan di rumah sakit yang tidak berpengalaman adalah agar perawat berhati-hati terhadap jenis hubungan yang secara otomatis mereka asumsikan bersama pasien dan orang lain dalam hierarki. Untuk menjelaskan hal ini, kita perlu memahami bahwa masyarakat memberi kita dua cara untuk berhubungan satu sama lain.

Perspektif Keperawatan pada Keselamatan Pasien

Untuk memberi kontribusi lebih pada inisiatif pasien, perawat percaya bahwa suara mereka harus didengar, kepemimpinan perawat harus membawa masalah ke depan dan data tentang masalah keselamatan pasien yang khusus untuk perawatan diperlukan.

Mendengarkan perawat

Beberapa perawat percaya bahwa mereka berisiko jika mereka berbicara tentang apa yang mereka lihat dan ketahui. Mereka mungkin tidak membawa masalah keselamatan pasien jika mereka tidak berada dalam lingkungan yang mendukung. Anecdote berikut menggambarkan keraguan seorang perawat siswa tentang berbicara. Apa pengajaran atau pembinaan akan membantu siswa ini merasa diberdayakan untuk berbicara tentang pelanggaran dalam teknik?

Seorang perawat senior bercerita tentang pasien laki-laki yang membutuhkan kateterisasi. Staf perawat mengalami beberapa kesulitan dalam melakukan prosedur tersebut. Dokter dipanggil dan berjanji datang untuk melakukan prosedur tersebut, mengakui bahwa ada beberapa alasan untuk kesulitan tersebut. Perawat menunggu dokter datang; Pasien mengalami ketidaknyamanan yang meningkat. Setelah beberapa lama dokter tiba di pakaian jalanan dengan ranselnya. Perawat memiliki nampan steril yang siap dan menciptakan tempat yang bersih atau steril. Tanpa mengeluarkan ranselnya atau mencuci tangannya, sang dokter melanjutkan memasukkan kateter, dengan teknik steril yang tembus pandang. Dia segera dalam perjalanan keluar dari unit. Perawat siswa mulai bertanya-tanya bagaimana ini bisa terjadi dan apa gunanya usaha untuk menghindari infeksi.

Perlu kepemimpinan keperawatan

Pada tahun-tahun awal restrukturisasi, manajer perawat, spesialis perawat klinis dan posisi pendidik perawat berkurang, seperti yang telah dibahas sebelumnya, banyak posisi petugas keperawatan kepala dieliminasi. Akibatnya, banyak perawat dikeluarkan dari pembuatan kebijakan di dalam fasilitas perawatan kesehatan mereka karena pemimpin mereka tidak lagi menjadi bagian dari sistem manajemen (Aiken et al, 2001, dalam Canadian Nurses Association,

2004). Perawat ditantang untuk memberikan kepemimpinan yang dibutuhkan untuk menanggapi ancaman terhadap keselamatan pasien di lingkungan praktik keperawatan.



Sumber: <https://www.thenationalcouncil.org/BH365/files/2014/12/intergrated-nursing.png>

Perlu data

Sampai saat ini, informasi tentang perspektif keperawatan dan kontribusi terhadap keselamatan pasien telah dibatasi oleh beberapa faktor. Basis data yang ada hanya menangkap sejumlah kecil variabel yang spesifik untuk keperawatan dan kurangnya keandalan dalam pelaporan data di dalam dan di antara situs. Masalah kesulitan muncul dari variasi definisi yang berkaitan dengan keselamatan pasien.

Masalah yang terkait dengan definisi dan basis data tidak terbatas pada keperawatan. Tidak ada pendekatan yang konsisten untuk mengidentifikasi dan melacak kesalahan dalam sistem perawatan kesehatan secara keseluruhan. Telah disarankan bahwa belajar dari data yang kurang tepat akan memberikan kontribusi lebih pada perawatan berkualitas dan keselamatan pasien daripada hanya berfokus pada efek samping (Barach & Small, 2002, dalam Canadian Nurses Association, 2004).

Ada kumpulan literatur yang meneliti hasil keselamatan pasien yang sensitif terhadap tindakan perawat. Termasuk adalah hasil seperti kesalahan pengobatan, penurunan pasien, luka tekanan dan infeksi yang didapat di rumah sakit. Pekerjaan yang sedang berjalan di bidang ini akan membantu mengatasi kebutuhan akan perspektif keperawatan yang lebih komprehensif mengenai masalah keselamatan pasien.

Latihan

- 1) Jelaskan tentang informasi yang tidak ditindaklanjuti!
- 2) Jelaskan tentang hasil temuan Edgar (2017) tentang peran perawat dalam pasien safety!
- 3) Jelaskan tentang kontribusi perawat dalam keselamatan pasien mengapa masih belum terlihat!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

1) Informasi yang tidak ditindaklanjuti

Masalah keselamatan hampir selalu merupakan akibat dari kehilangan informasi atau informasi yang tersedia namun tidak ditindaklanjuti. Ini dimainkan dengan beberapa cara yang berbeda. Pertama, jika perawat tidak dalam komunikasi yang baik dengan pasien, dia mungkin tidak mendengar atau memahami signifikansi dari sesuatu yang coba coba dikatakan pasien. Hal ini dapat disebut sebagai "informasi yang hilang." Kedua, karena pasien akan menemui anggota tim perawatan lainnya pada waktu yang berbeda sepanjang hari, informasi penting tentang pasien harus dilewatkan ke anggota tim lainnya pada berbagai waktu. Jika perawat tidak dalam hubungan baik dengan anggota tim lainnya, dia mungkin akan melupakan, atau menahan, atau menyampaikan informasi dengan cara yang terburu-buru sehingga tidak benar-benar tercatat. Sebagai alternatif, penerima informasi mungkin terburu-buru atau sibuk atau dengan cara lain tidak memperhatikan, dan perawat mungkin tidak sempat menjelaskannya. Hal ini dapat disebut sebagai "informasi yang tidak ditindaklanjuti".

2) Hasil temuan Edgar (2017) tentang peran perawat dalam keselamatan pasien

Untuk menggambarkan kompleksitas ini, Edgar (2017) mengamati kasus sebuah pusat kanker di sebuah rumah sakit besar dimana para dokter dan perawat bekerja dengan konsultan untuk mengidentifikasi sebuah proses yang akan membuatnya lebih nyaman bagi pasien yang akan menerima pengobatan kemo atau radiologis. Diputuskan bahwa perawat yang hadir untuk perawatan tersebut harus mengunjungi pasien tersebut pada malam sebelumnya untuk menjelaskan semuanya dan untuk membantu memperbaiki kecemasan yang tak terelakkan yang dirasakan pasien. Ketika pertama kali diimplementasikan, perawat yang ditugaskan untuk mengunjungi pasien tersebut pada malam itu pergi ke catatan pasien untuk membiasakan diri dengan kasus ini, hanya untuk menemukan bahwa catatan tersebut tidak tersedia karena mereka diperbarui di departemen lain. Perawat itu meminta akses dan diberi tahu bahwa ini tidak mungkin karena akan memerlukan banyak pekerjaan ekstra dari unit catatan yang sudah kelebihan beban, dan manajer pusat kanker yang tidak terlibat dalam pembuatan program baru ini, enggan memesan departemen rekaman medik untuk dipatuhi. Tidak ada yang bisa dilakukan perawat sampai seluruh tim berkumpul untuk mendiskusikan masalah alur kerja seputar prosedur baru tersebut. Membuat tim bersama terbukti sulit dan diputuskan bahwa keseluruhan prosedur pra-kunjungan terlalu rumit dan ditinggalkan. Kualitas pasien yang lebih tinggi dikorbankan dan tidak ada yang bisa dilakukan perawat tentang hal itu.

3) Alasan kontribusi perawat belum terlihat dalam keselamatan pasien

Sampai saat ini, informasi tentang perspektif keperawatan dan kontribusi terhadap keselamatan pasien telah dibatasi oleh beberapa faktor. Basis data yang ada hanya menangkap sejumlah kecil variabel yang spesifik untuk keperawatan dan kurangnya keandalan dalam pelaporan data di dalam dan di antara situs. Masalah kesulitan muncul dari variasi definisi yang berkaitan dengan keselamatan pasien.

Masalah yang terkait dengan definisi dan basis data tidak terbatas pada keperawatan. Tidak ada pendekatan yang konsisten untuk mengidentifikasi dan melacak kesalahan dalam sistem perawatan kesehatan secara keseluruhan. Telah disarankan bahwa belajar dari data yang kurang tepat akan memberikan kontribusi lebih pada perawatan berkualitas dan keselamatan pasien daripada hanya berfokus pada efek samping (Barach & Small, 2002, dalam Canadian Nurses Association, 2004).

Ringkasan

- Perawat bekerja untuk menanggapi tekanan dari penyedia layanan publik dan kesehatan untuk menemukan cara yang lebih baik untuk memberikan perawatan yang aman. Penelitian di University of Toronto telah menciptakan kerangka konseptual untuk memandu inovasi dalam penelitian keselamatan pasien, praktik dan pendidikan (Affonso & Doran, 2002, dalam Canadian Nurses Association, 2004).
- Empat blok tindakan dari kerangka kerja tersebut adalah:
 - Membangun alat teknologi untuk menciptakan cara yang lebih aman dalam menangani narkoba dan perangkat;
 - Menerapkan desain faktor manusia untuk menciptakan lingkungan kerja yang lebih aman;
 - Mereformasi budaya organisasi untuk menciptakan kondisi berpikir kritis, praktik etis dan kesempatan belajar; dan
- Memberikan proses untuk mengoptimalkan perawatan yang aman. Kepemimpinan keperawatan yang kuat diperlukan untuk memastikan bahwa pandangan perawat terhadap masalah keselamatan pasien didengar. Kepemimpinan keperawatan membawa perspektif unik pada dialog tentang keselamatan pasien karena "sedikit pemimpin dalam perawatan kesehatan diperlengkapi dengan lebih baik atau lebih mengenal keseluruhan sistem dan bagaimana bagian-bagian bekerja dan berhubungan secara keseluruhan" (*Commission on Patient Safety and Quality Assurance, 2008*).

Tes 3

- 1) Anita adalah Kepala Manager Keperawatan. Dia tidak puas dengan apa yang terjadi di unitnya. Tingkat kepuasan pasien adalah 60% selama dua bulan berturut-turut dan semangat kerja staf adalah yang terendah. Dia memutuskan untuk merencanakan dan memulai perubahan yang akan mendorong perputaran dalam kondisi unit. Manakah dari tindakan berikut yang menjadi prioritas Anita?
 - A. Mengundang rapat para staf dan membawa hal ini sebagai topic agenda
 - B. Mencari bantuan dari pimpinannya
 - C. Mengembangkan suatu strategi tindakan untuk menghadapi hal-hal diatas
 - D. Membiarkan masalah ini karena pada akhirnya masalah ini akan selesai dengan sendirinya
 - E. Membuka lowongan kerja untuk staf baru

- 2) Anita mengangkat masalah yang dihadapi dengan mengutamakan kebutuhan pasien. Manakah dari berikut ini yang menawarkan cara terbaik untuk menetapkan prioritas?
 - A. Menilai kebutuhan dan masalah keperawatan
 - B. Memberikan petunjuk tentang bagaimana kebutuhan asuhan keperawatan harus dipenuhi
 - C. Mengontrol dan mengevaluasi penyampaian asuhan keperawatan
 - D. Menetapkan perawat yang aman dibandingkan dengan rasio pasien
 - E. Menerima perawat baru di ruangan tersebut

- 3) Julia adalah seorang manajer perawat RS Delima yang baru ditunjuk, sebuah RS tersier yang terletak di jantung kota metropolitan. Dia memikirkan penjadwalan lokakarya perencanaan dengan stafnya untuk memastikan pengelolaan departemen yang efektif dan efisien. Haruskah dia memutuskan untuk mengadakan lokakarya perencanaan strategis, berikut ini yang TIDAK menjadi ciri khas kegiatan ini adalah:
 - A. Rancangan tujuan jangka panjang
 - B. Perpanjangan sampai 3 – 5 tahun kedepan
 - C. Berfokus pada tugas-tugas rutin
 - D. Menentukan arah organisasi
 - E. Memilih strategi yang terbaik

- 4) Karina adalah Manajer Unit termuda dari Ruang Rawat Penyakit Dalam. Sebagian besar perawat stafnya lebih tua darinya, sangat pandai bicara, percaya diri dan kadang agresif. Karina merasa tidak nyaman karena percaya bahwa dia adalah kambing hitam dari segala sesuatu yang tidak beres di unitnya bertugas. Manakah dari berikut ini tindakan terbaik yang harus dilakukannya?
 - A. Identifikasi sumber konflik dan pahami titik-titik gesekan
 - B. Mengabaikan apa yang dia rasakan dan terus bekerja secara mandiri
 - C. Carilah bantuan dari Direktur Keperawatan

- D. Keluar dari pekerjaannya dan mencari pekerjaan lain
- E. Memaklumi bahwa staffnya sudah berusia tua

5) Ada kalanya Karina mengevaluasi stafnya saat dia melakukan ronde hariannya. Manakah dari berikut ini yang TIDAK bermanfaat untuk melakukan penilaian informal?

- A. Anggota staf diamati dalam keadaan alami.
- B. Konfrontasi yang tidak disengaja diizinkan.
- C. Kolaborasi yang tidak disengaja diizinkan.
- D. Evaluasi difokuskan pada data objektif secara sistematis.
- E. Evaluasi dapat memberikan informasi yang valid untuk penyusunan laporan formal.

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 3 yang terdapat di bagian akhir Bab 3 ini.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) E
- 3) B
- 4) B
- 5) C

Tes 2

- 1) A
- 2) C
- 3) E
- 4) C
- 5) B

Tes 3

- 1) A
- 2) A
- 3) C
- 4) A
- 5) C

Glosarium

Informed consent : Persetujuan yang diberikan pada pasien dan keluarganya setelah mempertimbangkan semua pilihan dan resiko yang terkait dengan pengobatan pasien

Daftar Pustaka

- Canadian Nurses Association, & University of Toronto Faculty of Nursing. (2004). Nurses and Patient Safety : A Discussion Paper, (January), 25.
- Edgar, H. S. (2017). The Role of the Nurse in Patient Safety : Moving to Level II Relationships, *1*(3), 3–5.
- Ellingson, L. L. (2002). Communication , Collaboration , and Teamwork among Health Care Professionals. *Communication Research Trends*, *21*(3), 1–15. Retrieved from http://cscs.scu.edu/trends/v21/v21_3.pdf
- Nadzam, D. M. (2009). Nurses' Role in Communication and Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, *24*(3), 184–188. <http://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000356905.87452.62>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health. (2010). Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care, (July), 12. Retrieved from [http://www.health.vic.gov.au/quality council](http://www.health.vic.gov.au/quality_council)
- Van Servellen, G. (2009). *Health Care Professional Concepts, Practice, and Evidence Library of Congress Cataloging-in-Publication Data* (Vol. 2169).
- Vincent, C., Burnett, S., & Chartey, T. (2013). *The measurement and monitoring of safety. The Health Foundation*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+measurement+and+monitoring+of+safety#4>

BAB IV

Konsep Infeksi Nosokomial, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Lindawati, SKM, MKes

PENDAHULUAN

Salam Jumpa

Infeksi Nosokomial (*Nosocomial Infections*) adalah infeksi yang didapat penderita ketika penderita itu dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan, baik itu puskesmas, klinik, maupun rumah sakit. "*Health-care Associated Infections*" (HAIs) selama ini dikenal sebagai Infeksi Nosokomial atau disebut juga sebagai Infeksi di rumah sakit "*Hospital-Acquired Infections*" merupakan persoalan serius karena dapat menjadi penyebab langsung maupun tidak langsung kematian pasien. Kalaupun tak berakibat kematian, pasien dirawat lebih lama sehingga pasien harus membayar biaya rumah sakit yang lebih banyak.

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Bab 4 dengan judul Konsep Infeksi Nosokomial, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam manajemen patient safety ini, akan menyajikan dua topik yang akan diuraikan secara berurutan sebagai berikut:

Topik 1 tentang konsep infeksi nosokomial, akan memberikan pemahaman kepada Anda tentang konsep dasar penyakit infeksi, Rantai Infeksi (*Chain of infection*), manifestasi klinis, dampak infeksi nosokomial/ HAIs.

Topik 2 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, akan memberikan pemahaman kepada Anda tentang sebelas komponen dari kewaspadaan standar (kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien, hygiene respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal pungsi yang aman., dan tiga jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi (melalui kontak, melalui droplet, dan melalui udara (Airborne precautions).

"*Health-care Associated Infections* (HAIs)" atau yang lebih dikenal dengan infeksi nosokomial merupakan komplikasi yang paling sering terjadi di pelayanan kesehatan. Dalam forum *Asian Pasific Economic Comitte* (APEC) atau *Global Health Security Agenda* (GHSA) penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan (HAIs) telah menjadi agenda yang di bahas. Hal

ini menunjukkan bahwa HAIs yang ditimbulkan berdampak secara langsung sebagai beban ekonomi negara. Pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien merupakan kelompok yang berisiko mendapat HAIs. Infeksi ini dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain, dari pasien kepada pengunjung atau keluarga maupun dari petugas kepada pasien. Dengan demikian akan menyebabkan peningkatan angka morbiditas, mortalitas, peningkatan lama hari rawat dan peningkatan biaya rumah sakit.

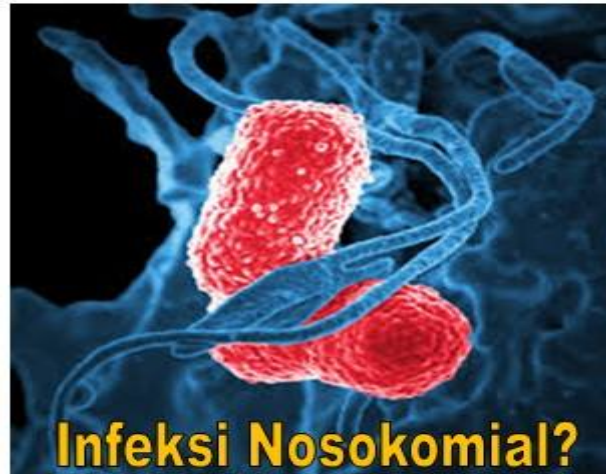
Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sangat Penting untuk melindungi pasien, petugas juga pengunjung dan keluarga dari risiko tertularnya infeksi karena dirawat. Keberhasilan program PPI perlu keterlibatan lintas profesional: Klinisi, Perawat, Laboratorium, Kesehatan Lingkungan, Farmasi, Gizi, IPSRS, Sanitasi & Housekeeping, dan lain-lain sehingga perlu wadah berupa Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

Tujuan dari PPI adalah meningkatkan kualitas pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga melindungi sumber daya manusia kesehatan, pasien dan masyarakat dari penyakit infeksi yang terkait pelayanan kesehatan (PMK nomor 27 tahun 2017)

Setelah mempelajari Bab IV ini, diharapkan mahasiswa dapat menjelaskan:

1. Konsep dasar penyakit infeksi,
2. Rantai Infeksi (*Chain of infection*)
3. Manifestasi klinis
4. Dampak infeksi nosokomial/ HAIs
5. Transmisi melalui kontak
6. Transmisi melalui droplet
7. Transmisi melalui udara.

Topik 1 Konsep Dasar Penyakit Infeksi



Sumber: <https://www.google.com/infeksi+nosokomial>

Seperti kita ketahui bersama, berdasarkan sumber infeksi, maka infeksi dapat berasal dari masyarakat/komunitas (*Community Acquired Infection*) atau dari rumah sakit (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*). Penyakit infeksi yang didapat di rumah sakit beberapa waktu yang lalu disebut sebagai Infeksi Nosokomial (*Hospital Acquired Infection*). Saat ini penyebutan diubah menjadi Infeksi Terkait Layanan Kesehatan atau "HAIs" (*Healthcare-Associated Infections*) dengan pengertian yang lebih luas, yaitu kejadian infeksi tidak hanya berasal dari rumah sakit, tetapi juga dapat dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Tidak terbatas infeksi kepada pasien namun dapat juga kepada petugas kesehatan dan pengunjung yang tertular pada saat berada di dalam lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan (PMK nomor 27 tahun 2017)

Agar upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas kesehatan dapat terlaksana sesuai rencana, sebaiknya semua petugas kesehatan memahami konsep dasar penyakit infeksi, dengan tujuan untuk memastikan adanya infeksi terkait layanan kesehatan (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*) serta menyusun strategi pencegahan dan pengendalian infeksi terkait pelayanan, rantai penularan infeksi, jenis HAIs dan faktor risikonya.

A. Konsep Dasar Penyakit Infeksi

1. Pengertian Penyakit Infeksi

Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan /tanpa disertai gejala klinik. Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Infeksi nosokomial disebut juga dengan “Hospital acquired infections (HAIs)” apabila memenuhi batasan/ kriteria sebagai berikut:

- Waktu mulai dirawat tidak didapat tanda-tanda klinik infeksi dan tidak sedang dalam masa inkubasi infeksi tersebut.
- Merupakan infeksi yang terjadi di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, setelah dirawat 3 x 24 jam. Sebelum dirawat, pasien tidak memiliki gejala tersebut dan tidak dalam masa inkubasi. Infeksi nosokomial bukan merupakan dampak dari infeksi penyakit yang telah dideritanya (Depkes, 2003)
- Pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien merupakan kelompok yang paling berisiko terjadinya HAIs, karena infeksi ini dapat menular dari pasien ke petugas kesehatan, dari pasien ke pengunjung atau keluarga ataupun dari petugas ke pasien (Husain, 2008)
- HAIs adalah suatu infeksi yang tidak terinkubasi dan terjadi ketika pasien masuk ke rumah sakit atau akibat dari fasilitas kesehatan lainnya yang ada di rumah sakit(Vincent, 2003).
- HAIs adalah suatu infeksi yang terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan yang berasal dari alat-alat medis, prosedur medis atau pemberian terapi (Breathnach (2005)

2. Etiologi

Mikroorganisme penyebab infeksi nosokomial (WHO, 2002):

a. Conventional pathogens

Penyebab penyakit pada orang sehat, karena tidak adanya kekebalan terhadap kuman tersebut, misalnya *Staphylococcus aureus*, *streptococcus*, *salmonella*, *shigella*, *virus influenza*, *virus hepatitis*.

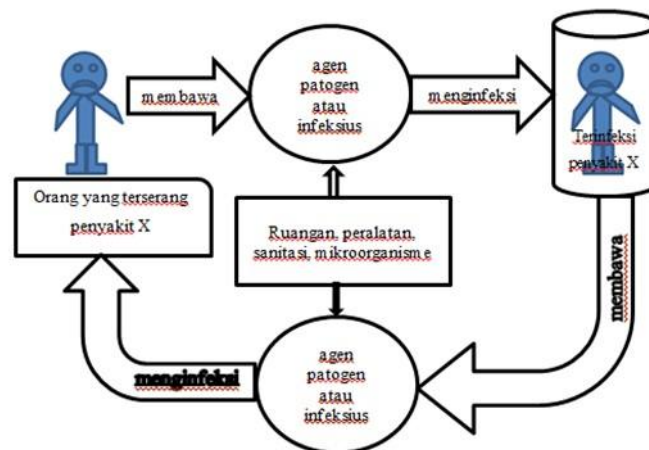
b. Conditional pathogens

Penyebab penyakit pada orang dengan penurunan daya tahan tubuh terhadap kuman langsung masuk dalam jaringan tubuh yang tidak steril, misalnya *pseudomonas*, *proteus*, *klebsiella*, *serratia*, dan *enterobacter*.

c. Opportunistic pathogens

Penyebab penyakit menyeluruh pada penderita dengan daya tahan tubuh sangat menurun, misalnya *mycobacteria*, *nocardia*, *pneumocytis*.

3. Patogenesis dan Patofisiologi



Sumber: <https://www.google.com/infeksi+nosokomial>

Infeksi akan dimulai dari tempat masuknya mikroorganisme dan akan menimbulkan infeksi setempat (lokal) dan menimbulkan gejala klinis yang terbatas. Sebagai **contoh** luka operasi di perut yang mengalami infeksi, daerah sekitar akan menjadi merah, panas, dan nyeri. Infeksi umum akan terjadi jika organisme memasuki aliran darah dan akan menimbulkan gejala klinis sistemik berupa demam, menggigil, penurunan tekanan darah, atau gangguan mental. Keadaan ini dapat berkembang menjadi sepsis, suatu keadaan yang berbahaya, karena menyerang berbagai organ dengan cepat dan bersifat progresif. Keadaan ini kadang-kadang disebut “keracunan darah” yang dapat menyebabkan kematian penderita.

Infeksi nosokomial rumah sakit dapat terjadi akibat tindakan pembedahan, penggunaan kateter pada saluran kemih, hidung, mulut atau yang dimasukkan ke dalam pembuluh darah. Selain itu benda-benda yang berasal dari hidung atau mulut yang terhirup masuk ke dalam paru-paru. Penularan oleh populasi kuman rumah sakit terhadap seseorang pasien yang memang sudah lemah fisiknya tidak dapat dihindarkan. Lingkungan rumah sakit harus diusahakan agar sebersih mungkin, dan sesteril mungkin. Hal tersebut tidak selalu bisa sepenuhnya terlaksana, karenanya tak mungkin infeksi nosokomial ini bisa diberantas secara total (Yohanes,2010).

4. Diagnosis Infeksi Nosokomial fasilitas pelayanan kesehatan
Jika diduga telah terjadi infeksi, penderita rawat inap akan mengalami demam yang tidak diketahui penyebabnya. Pada orang lanjut usia, demam bisa tidak terjadi. Adanya napas yang cepat dan gangguan mental (bingung) merupakan gejala awal infeksi.

Diagnosis infeksi nosokomial fasilitas pelayanan kesehatan dapat ditentukan dengan :

- a. Mengevaluasi gejala dan tanda infeksi
 - b. Memeriksa luka dan tempat masuk kateter untuk melihat adanya warna kemerahan, pembengkakan, adanya nanah atau abses.
 - c. Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap untuk mengetahui apakah ada penyakit tersamar (*underlying disease*)
 - d. Pemeriksaan laboratorium, antara lain pemeriksaan darah lengkap, urinalisis, biakan kuman dari luka, darah, dahak, urine atau cairan tubuh untuk menemukan organisme penyebabnya.
 - e. Pemeriksaan sinar-X dada jika diduga terjadi pneumonia
 - f. Melakukan pemeriksaan ulang atas semua tata laksana dan tindakan yang sudah dilakukan.
5. Jenis dan Faktor Risiko Infeksi Terkait Layanan Kesehatan “ *Healthcare associated infections* (HAIs)

Semua penderita rawat inap di rumah sakit berisiko untuk mendapatkan infeksi dari pengobatan atau tindakan operatif yang diterimanya.

- a. Jenis HAIs yang paling sering terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit mencakup:
 - 1) *Ventilator associated pneumonia* (VAP)
 - 2) Infeksi aliran darah (IAD)
 - 3) Infeksi saluran kemih (ISK)
 - 4) Infeksi Daerah Operasi (IDO)
- b. Faktor Risiko HAIs:

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

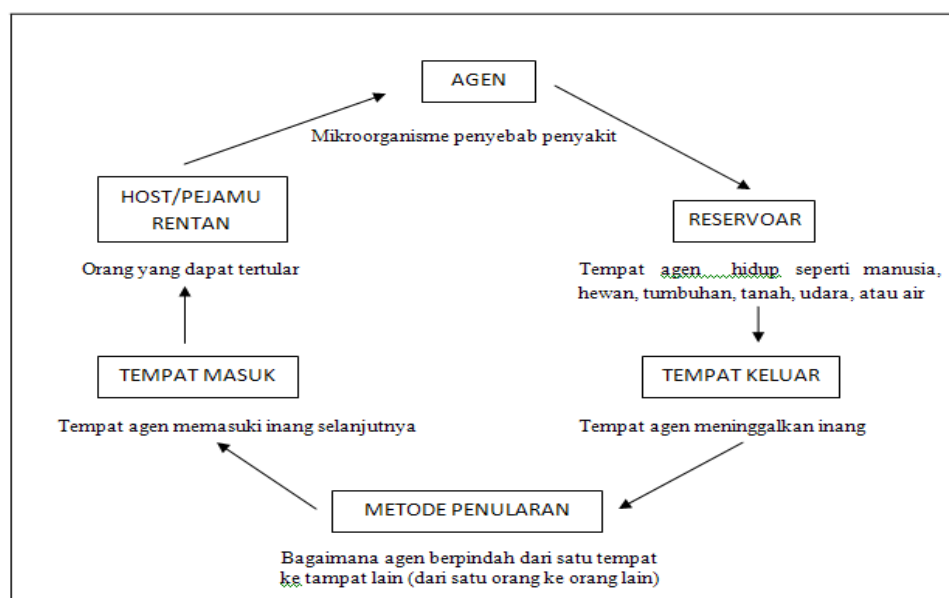
- 1) Umur: neonatus dan lansia lebih rentan.
- 2) Status imun yang rendah/terganggu (*immuno-compromised*): penderita dengan penyakit kronik, penderita tumor ganas, pengguna obat-obat immunosupresan.
- 3) Gangguan/Interupsi barier anatomis:
 - Kateter urine: meningkatkan infeksi saluran kemih (ISK)
 - Prosedur operasi: dapat menyebabkan infeksi daerah operasi (IDO) "*Surgical Site Infection*" (SSI)
 - Intubasi dan pemakaian ventilator: meningkatkan kejadian "*Ventilator associated Pneumonia*" (VAP)
 - Kanula vena dan arteri: Plebitis
 - Luka bakar dan trauma
- 4) Implantasi benda asing
 - Pemakaian implant pada operasi tulang, kontrasepsi, alat pacu jantung
 - "*cerebrospinal fluid shunts*"
 - "*valvular / vascular prostheses*"
- 5) Perubahan mikroflora normal: pemakaian antibiotika yang tidak bijak dapat menyebabkan pertumbuhan jamur berlebihan dan timbulnya bakteri resisten terhadap berbagai antimikroba.

B. Rantai Infeksi (*Chain of infection*)

Pengetahuan tentang rantai penularan infeksi sangat penting karena apabila satu mata rantai dihilangkan atau dirusak, maka infeksi dapat dicegah atau dihentikan.

Rantai Infeksi merupakan rangkaian yang harus ada untuk menimbulkan infeksi. Dalam melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan efektif, perlu dipahami secara cermat rantai infeksi.

Skema rantai penularan infeksi



Sumber: Depkes RI,2007

1. Enam komponen rantai penularan infeksi

- a. Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme penyebab infeksi. Pada manusia, agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, rickettsia, jamur dan parasit. Ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu: patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis, atau "*load*"). Makin cepat diketahui agen infeksi dengan pemeriksaan klinis atau laboratorium mikrobiologi, semakin cepat pula upaya pencegahan dan penanggulangannya bisa dilaksanakan.
- b. *Reservoir* adalah wadah tempat/sumber agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada pejamu atau manusia. Berdasarkan penelitian, reservoir terbanyak adalah pada manusia, alat medis, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air, lingkungan dan bahan-bahan organik lainnya. Dapat juga ditemui pada orang sehat, permukaan kulit, selaput lendir mulut, saluran napas atas, usus dan vagina juga merupakan reservoir.

Adanya mikroorganisme tidak selalu menyebabkan seseorang menjadi sakit. *Carrier* (penular) adalah manusia atau binatang yang tidak menunjukkan gejala penyakit tetapi ada mikroorganisme patogen dalam tubuh mereka yang dapat ditularkan ke orang lain. Misalnya, seseorang dapat menjadi *carrier virus hepatitis B* tanpa ada tanda dan gejala infeksi. Untuk berkembang biak dengan cepat, organisme memerlukan lingkungan yang sesuai, termasuk makanan, oksigen, air, suhu yang tepat, pH, dan cahaya (Perry & Potter, 2005).
- c. Tempat keluar (*Port of exit*) adalah lokasi tempat agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan reservoir melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta. Setelah mikroorganisme menemukan tempat untuk tumbuh dan berkembang biak, mereka harus menemukan jalan ke luar jika mereka masuk ke pejamu lain dan menyebabkan penyakit.
- d. Cara penularan (*Mode of transmission*) adalah metode transport mikroorganisme dari wadah/reservoir ke pejamu yang rentan.

Ada beberapa metode penularan yaitu: (1) kontak: langsung dan tidak langsung, (2) *droplet*, (3) *airborne*, (4) melalui *vehikulum* (makanan, air/minuman, darah) dan (5) melalui vektor (biasanya serangga dan binatang pengerat). Secara langsung misalnya; darah/cairan tubuh, dan hubungan kelamin, dan secara tidak langsung melalui manusia, binatang, benda-benda mati, dan udara.
- e. Portal masuk (*Port of entry*) adalah lokasi agen infeksi memasuki pejamu yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih dan kelamin atau melalui kulit yang tidak utuh.

Sebelum infeksi, mikroorganisme harus memasuki tubuh. Kulit adalah bagian rentan terhadap infeksi dan adanya luka pada kulit merupakan tempat masuk mikroorganisme. Mikroorganisme dapat masuk melalui rute yang sama untuk keluarnya mikroorganisme.
- f. Pejamu Rentan (*host susceptibility*) adalah seseorang dengan kekebalan tubuh menurun sehingga tidak mampu melawan agen infeksi. Faktor yang dapat mempengaruhi kekebalan adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, lukabakar yang luas, trauma, pasca pembedahan dan pengobatan dengan imunosupresan.

Seseorang terkena infeksi bergantung pada kerentanan terhadap agen infeksius. Kerentanan tergantung pada derajat ketahanan individu terhadap mikroorganisme patogen. Semakin

virulen suatu mikroorganisme, semakin besar kemungkinan kerentanan seseorang. Resistensi seseorang terhadap agen infeksius ditingkatkan dengan vaksin.

Faktor lain yang berpengaruh adalah jenis kelamin, ras atau etnik tertentu, status ekonomi, pola hidup, pekerjaan dan heriditer.

2. Cara penularan infeksi (Uliyah dkk, 2006; Yohanes, 2010)

a. Penularan secara kontak

Penularan dapat terjadi secara kontak langsung, kontak tidak langsung dan droplet. Kontak langsung terjadi bila sumber infeksi berhubungan langsung dengan penjamu, misalnya *person to person* pada penularan infeksi hepatitis A virus secara fekal oral. Kontak tidak langsung terjadi apabila penularan membutuhkan objek perantara (biasanya benda mati). Hal ini terjadi karena benda mati tersebut telah terkontaminasi oleh sumber infeksi, misalnya kontaminasi peralatan medis oleh mikroorganisme.

b. Penularan melalui *common vehicle*.

Penularan ini melalui benda mati yang telah terkontaminasi oleh kuman dan dapat menyebabkan penyakit pada lebih dari satu pejamu. Adapun jenis-jenis *common vehicle* adalah darah/produk darah, cairan intra vena, obat-obatan, cairan antiseptik, dan sebagainya.

c. Penularan melalui udara dan inhalasi

Penularan terjadi, karena mikroorganisme mempunyai ukuran yang sangat kecil sehingga dapat mengenai penjamu dalam jarak yang cukup jauh dan melalui saluran pernafasan. Misalnya mikroorganisme yang terdapat dalam sel-sel kulit yang terlepas akan membentuk debu yang dapat menyebar jauh (*Staphylococcus*) dan tuberkulosis.

d. Penularan dengan perantara vektor

Penularan ini dapat terjadi secara eksternal maupun internal. Disebut penularan secara eksternal bila hanya terjadi pemindahan secara mekanis dari mikroorganisme yang menempel pada tubuh vektor, misalnya shigella dan salmonella oleh lalat. Penularan secara internal bila mikroorganisme masuk kedalam tubuh vektor dan dapat terjadi perubahan biologik, misalnya parasit malaria dalam nyamuk atau tidak mengalami perubahan biologik, misalnya *Yersenia pestis* pada ginjal (*flea*).

e. Penularan melalui makanan dan minuman

Penyebaran mikroba patogen dapat melalui makanan atau minuman yang disajikan untuk penderita. Mikroba patogen dapat ikut menyertainya sehingga menimbulkan gejala baik ringan maupun berat.

C. Manifestasi Klinis

Demam sering merupakan tanda pertama infeksi. Gejala dan tanda dari adanya infeksi adalah:

1. Demam
2. Nafas cepat
3. Kebingungan mental
4. Tekanan darah rendah
5. Urine out-put menurun

6. Sel darah putih tinggi
7. Pasien dengan *urinary tract infection* (infeksi saluran kemih), mungkin ada rasa sakit ketika kencing dan darah dalam air seni
8. Radang paru-paru (pneumoni), mungkin termasuk kesulitan bernafas dan ketidakmampuan untuk batuk
9. Infeksi lokal: terjadi pembengkakan, kemerahan, dan kesakitan pada kulit atau luka sekitar bedah atau luka, yang dapat menimbulkan kerusakan jaringan di bagian bawah otot, atau bisa juga menyebabkan sepsis.

D. Dampak Infeksi Nosokomial/HAls

Infeksi nosokomial/HAls memberikan dampak sebagai berikut:

1. Menyebabkan cacat fungsional, stress emosional dan dapat menyebabkan cacat yang permanen serta kematian
2. Dampak tertinggi pada negara berkembang dengan prevalensi HIV/AIDS yang tinggi.
3. Meningkatkan biaya kesehatan diberbagai negara yang tidak mampu dengan meningkatkan lama perawatan di rumah sakit, pengobatan dengan obat-obat mahal dan penggunaan pelayanan lainnya, serta tuntutan hukum.

Latihan

Setelah mempelajari uraian materi di atas, untuk memperjelas pemahaman, kerjakan latihan dibawah ini.

1. Apa yang dimaksud dengan HAls? Jelaskan tanda dan gejala dari infeksi HAls tersebut !
2. Jelaskan kriteria yang menentukan seseorang yang di rawat di rumah sakit itu dinyatakan terkena infeksi HAls

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal diatas, anda dapat mempelajari materi Topik 1 BAB IV yang membahas tentang Konsep Dasar Infeksi.

Ringkasan

HAls adalah infeksi yang didapat penderita ketika dirawat disarana pelayanan kesehatan, baik itu puskesmas, klinik, maupun rumah sakit, biasanya gejala timbul 72 jam pasca penderita dirawat di pelayanan kesehatan tersebut.

HAls dapat bersumber pada peralatan kedokteran, makanan minuman, udara, debu, air limbah, bahan-bahan desinfektan, dokter, perawat, bidan, laboran, staff, pengunjung, penderita yang dirawat, hewan yang berada di lingkungan sarana pelayanan kesehatan, misalnya nyamuk lalat dan masih banyak lagi yang berada di lingkungan sarana pelayanan kesehatan

Banyak upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah dan mengendalikan terjadinya infeksi HAls. Yang perlu menjadi fokus perhatian dalam upaya ini adalah rantai penularan infeksi. Pengetahuan tentang rantai penularan infeksi sangat penting karena apabila satu mata rantai dihilangkan atau dirusak, maka infeksi dapat dicegah atau dihentikan.

Penelaahan tentang rantai penularan infeksi melahirkan suatu upaya pencegahan berupa kewaspadaan isolasi, yang meliputi kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi.

Tes 1

Petunjuk: jawablah pertanyaan berikut dengan memilih satu jawaban yang paling benar.

1. Istilah terbaru Infeksi yang diperoleh pasien setelah mendapatkan pelayanan kesehatan di semua fasilitas pelayanan kesehatan.
 - A. Infeksi Nosokomial
 - B. Health Care Associated Infections (HAIs)
 - C. Surgery side Infection (SSI)
 - D. Infection Preventive Control Nurse (IPCN)

2. Infeksi yang terjadi pada daerah insisi akibat tindakan pembedahan pasca operasi disebut
 - A. Ventilator associated pneumonia(VAP)
 - B. Infeksi Saluran Kemih (ISK)
 - C. Surgical Site Infection (SSI)
 - D. Infeksi Aliran Darah (IAD)

3. Manifestasi klinis yang khas pada pasien dengan urinary tract infection (infeksi saluran kemih), yaitu ..
 - A. Urine out-put menurun
 - B. Sel darah putih tinggi
 - C. Darah dalam urine
 - D. Demam

4. Ada beberapa metode penularan yaitu kontak langsung dan kontak tidak langsung. Yang termasuk dalam penularan kontak tidak langsung
 - A. Darah/cairan tubuh
 - B. Hubungan kelamin
 - C. Sentuhan
 - D. Udara

5. Rantai Infeksi merupakan rangkaian yang harus ada untuk menimbulkan infeksi. apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Ada berapa komponenkah rantai penularan infeksi ...
 - A. 8
 - B. 7
 - C. 6
 - D. 5

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 1 yang terdapat di bagian akhir Bab 4 ini.

Daftar Pustaka

- Depkes RI bekerjasama dengan Perdalim. (2009). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. SK Menkes No 382/Menkes/2007. Jakarta: Kemenkes RI
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Penatalaksanaan Flu Burung di Pelayanan Kesehatan*. Depkes RI: Ditjen Bina Yan Med
- _____. (2007). *Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. SK Menkes No 270/MENKES/2007. Jakarta: Depkes RI
- Kemenkes RI. (2017). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. PMK nomor 27 tahun 2017. Jakarta :Kemenkes RI.

Topik 2

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Secara prinsip, kejadian HAIs sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan upaya untuk memastikan perlindungan kepada setiap orang terhadap kemungkinan tertular infeksi dari sumber masyarakat umum dan disaat menerima pelayanan kesehatan pada berbagai fasilitas kesehatan.

Penatalaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk:

- B. Melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara *memutus siklus penularan penyakit infeksi* melalui kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.
- C. *Bagi pasien yang memerlukan isolasi*, maka akan diterapkan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.

A. KEWASPADAAN STANDAR

Kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama: (yang harus dipahami, dipatuhi dan diterapkan agar tidak terinfeksi).

Pada tahun 2007, CDC dan HICPAC merekomendasikan 11 (sebelas) komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yang akan dipelajari dalam Bab 4 ini hanya 10 komponen, yaitu:

1. Kebersihan tangan
2. Alat pelindung diri (APD)
3. Dekontaminasi peralatan pasien
4. Pengelolaan limbah
5. Penatalaksanaan linen
6. Perlindungan kesehatan petugas
7. Penempatan pasien
8. Hygiene respirasi / etika batuk dan bersin,
9. Praktik menyuntik yang aman dan,
10. Praktik lumbal yang aman.

1. KEBERSIHAN TANGAN

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor/terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat:

- a. Bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan.
- b. Bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama.

Indikasi kebersihan tangan:

- Sebelum kontak pasien;
- Sebelum tindakan aseptik;
- Setelah kontak darah dan cairan tubuh;
- Setelah kontak pasien;
- Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Hasil yang ingin dicapai dalam kebersihan tangan adalah mencegah agar tidak terjadi infeksi, kolonisasi pada pasien dan mencegah kontaminasi dari pasien ke lingkungan termasuk lingkungan kerja petugas.



Gambar2. Cara Kebersihan Tangan dengan Antiseptik Berbasis Alkohol Diadaptasi dari WHO Guide lineson Hand Hygienein Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.



Gambar3. Cara Kebersihan tangan dengan Sabun dan Air

Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.

2. ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

A. UMUM

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam APD

- 1) Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang dipakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi / bahan infeksius.
- 2) APD terdiri dari sarung tangan, masker / Respirator Partikulat, pelindung mata (*goggle*), perisai / pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung / apron, sandal/ sepatu tertutup (Sepatu Boot).
- 3) Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari risiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.
- 4) Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.
- 5) Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai dilakukan.
- 6) Tidak dibenarkan menggantung masker dileher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentuh permukaan lingkungan.



Gambar4. Alat Pelindung Diri (APD)

Sumber:

<https://www.google.co.id/Jenis-jenis+Alat+Pelindung+Diri+dari+penyakit+infeksi>

B. JENIS-JENIS APD

1) Sarung tangan

Terdapat tiga jenis sarung tangan

- Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasif atau pembedahan.
- Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin
- Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

Umumnya sarung tangan bedah terbuat dari bahan lateks karena elastis, sensitif dan tahan lama serta dapat disesuaikan dengan ukuran tangan. Bagi mereka yang alergi terhadap lateks, tersedia dari bahan sintetik yang menyerupai lateks, disebut 'nitril'. Terdapat sediaan dari bahan sintesis yang lebih murah dari lateks yaitu 'vinil' tetapi sayangnya tidak elastis, ketat dipakai dan mudah robek. Sedangkan sarung tangan rumah tangga terbuat dari karet tebal, tidak fleksibel dan sensitif, tetapi memberikan perlindungan maksimum sebagai pelindung pembatas.

Berikut ini adalah kegiatan atau tindakan yang memerlukan penggunaan sarung tangan.

❌ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ❌ ■

| KEGIATAN/TINDAKAN | PERLU SARUNG TANGAN? | JENIS SARUNG TANGAN YANG DIANJURKAN* |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Pengukuran Tekanan Darah | Tidak | |
| Pengukuran suhu | Tidak | |
| Menyuntik | Tidak | |
| Penanganan dan pembersihan alat-alat | Ya | Rumah tangga |

Berikut ini adalah kegiatan atau tindakan yang berhubungan dengan cairan tubuh pasien (misalnya: darah) yang memerlukan penggunaan sarung tangan.

| KEGIATAN/TINDAKAN | PERLU SARUNG TANGAN? | JENIS SARUNG TANGAN YANG DIANJURKAN* |
|--|----------------------|--------------------------------------|
| Penanganan limbah terkontaminasi | Ya | Rumah tangga |
| Membersihkan darah/cairan tubuh | Ya | Rumah tangga |
| Pengambilan Darah | Ya | Pemeriksaan ⁺ |
| Pemasangan dan pencabutan infus | Ya | Pemeriksaan ⁺ |
| Pemeriksaan Dalam - Mukosa (Vagina, Rectum, Mulut) | Ya | Bedah |
| Pemasangan dan pencabutan Implan, Kateter Urin, AKDR dan lainnya (terbungkus dalam paket steril dan dipasang dengan teknik tanpa sentuh) | Ya | Bedah |
| Laparoskopi, Persalinan per vaginam | Ya | Bedah |
| Pembedahan Laparotomi, Seksio Sesarea atau Tulang | Ya | Bedah |

Gambar5. Pemasangan sarung tangan



Sumber: <https://www.google.co.id/memasang+sarung+tangan>

2) Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin. Masker yang digunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan *Fit Test* (penekanan di bagian hidung). Terdapat tiga jenis masker, yaitu:

- Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet.
- Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui *airborne*.
- Masker rumah tangga, digunakan dibagian gizi atau dapur.

Gambar 6. Memakai Masker



Sumber: PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

❌ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ❌ ■

Cara memakai masker:

- Pegang pada bagian tali (kaitkan pada telinga jika menggunakan kaitan tali karet atau simpulkan tali di belakang kepala jika menggunakan tali lepas).
- Eratkan tali kedua pada bagian tengah kepala atau leher.
- Tekan klip tipis fleksibel (jika ada) sesuai lekuk tulang hidung dengan kedua ujung jari tengah atau telunjuk.
- Betulkan agar masker melekat erat pada wajah dan dibawah dagu dengan baik.
- Periksa ulang untuk memastikan bahwa masker telah melekat dengan benar.

Gambar7. Menekan klip pada tulang hidung



Gambar 8. Masker respirator / partikulat



Sumber: PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

Pemakaian Respirator Partikulat

Respirator partikulat untuk pelayanan kesehatan N95 atau FFP2 (*health care particular respirator*), merupakan masker khusus dengan efisiensi tinggi untuk melindungi seseorang

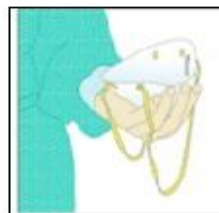
dari partikel berukuran <5mikron yang dibawa melalui udara. Pelindung ini terdiri dari beberapa lapisan penyaring dan harus dipakai menempel erat pada wajah tanpa ada kebocoran. Masker ini membuat pernapasan pemakai menjadi lebih berat. Sebelum memakai masker, petugas kesehatan perlu melakukan fittest. Hal yang perlu diperhatikan saat melakukan fittest :

- Ukuran respirator perlu disesuaikan dengan ukuran wajah.
- Memeriksa sisi masker yang menempel pada wajah untuk melihat adanya cacat atau lapisan yang tidak utuh. Jika cacat atau terdapat lapisan yang tidak utuh, maka tidak dapat digunakan dan perlu diganti.
- Memastikan tali masker tersambung dan menempel dengan baik di semua titik sambungan.
- Memastikan klip hidung yang terbuat dari logam dapat disesuaikan bentuk hidung petugas.

Fungsi alat ini akan menjadi kurang efektif dan kurang aman bila tidak menempel erat pada wajah. Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan keadaan demikian, yaitu:

- Adanya janggut dan jambang
- Adanya gagang kacamata
- Ketiadaan satu atau dua gigi pada kedua sisi yang dapat mempengaruhi perlekatan bagian wajah masker.

Gambar9. Langkah-langkah menggunakan respirator



- Genggamlah respirator dengan satu tangan, posisikan sisi depan bagian hidung pada ujung jari-jari anda, biarkan tali pengikat respirator menjuntai bebas dibawah tangan anda



- Posisikan respirator dibawah dagu anda dan sisi untuk hidung berada diatas



- Tariklah tali pengikat respirator yang atas dan posisikan tali agak tinggi dibelakang kepala anda diatas telinga. Tariklah tali pengikat respirator yang bawah dan posisikan tali pada kepala bagian atas (posisi tali menyilang)



- Letakan jari-jari kedua tangan anda diatas bagian hidung yang terbuat dari logam. Tekan sisi logam tersebut (gunakan dua jari dari masing-masing tangan) mengikuti bentuk hidung anda. Jangan menekan respirator dengan satu tangan karena dapat mengakibatkan respirator bekerja kurang efektif



- Tutup bagian depan respirator dengan kedua tangan, dan hati-hati agar posisi respirator tidak berubah

Sumber: PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

Pemeriksaan Segel Positif

Hembuskan napas kuat-kuat. Tekanan positif di dalam respirator berarti tidak ada kebocoran. Bila terjadi kebocoran atur posisi dan / atau ketegangan tali. Uji kembali kerapatan respirator. Ulangi langkah tersebut sampai respirator benar-benar tertutup rapat.

Pemeriksaan Segel Negatif

- Tarik napas dalam-dalam. Bila tidak ada kebocoran, tekanan negatif di dalam respirator akan membuat respirator menempel ke wajah. Kebocoran akan menyebabkan hilangnya tekanan negatif di dalam respirator akibat udara masuk melalui celah-celah segelnya.
- Lamanya penggunaan maksimal 1 (satu) minggu dengan pemeliharaan yang benar.
- Cara pemeliharaan dan penyimpanan yang benar (setelah dipakai diletakkan di tempat yang kering dan dimasukkan dalam kantong berlubang berbahan kertas).

1) Gaun Pelindung

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril.

Jenis-jenis gaun pelindung:

- Gaun pelindung tidak kedap air

- Gaun pelindung kedap air
- Gaun steril
- Gaun nonsteril

Indikasi penggunaan gaun pelindung

Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti:

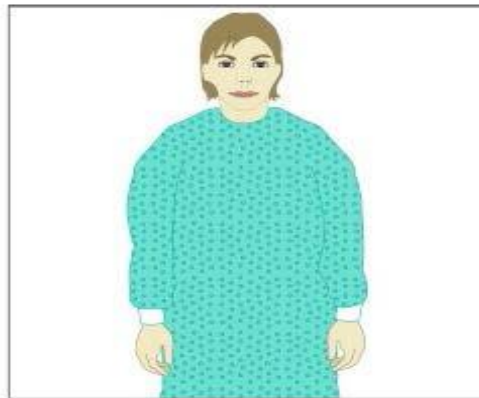
- Membersihkan luka
- Tindakan drainase
- Menuangkan cairan terkontaminasi ke dalam lubang pembuangan atau WC / toilet
- Menangani pasien perdarahan masif
- Tindakan bedah
- Perawatan gigi

Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah).

Caramemakaigaunpelindung:

Tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut, lengan hingga bagian pergelangan tangan dan selubungkan kebelakang punggung. Ikat di bagian belakang leher dan pinggang.

Gambar10. Gaun pelindung



Sumber: PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

2) Goggle dan perisai wajah

Harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata.

Tujuan pemakaian Goggle dan perisai wajah:

Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi.

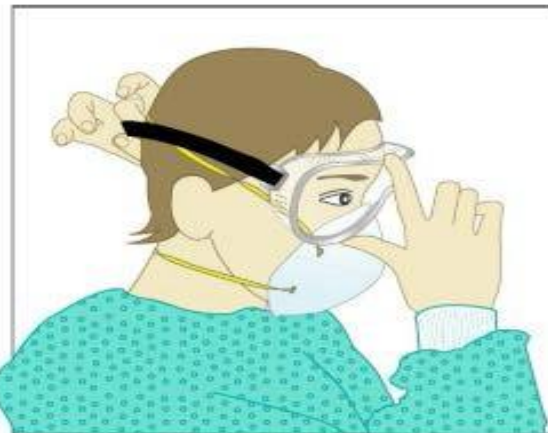
Indikasi:

Pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasi dilaundry, di ruang dekontaminasi CSSD.

Gambar11.PenutupWajah



Gambar 12. Memakai Goggle



Sumber: PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

3) Sepatu pelindung

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan / percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal.

Jenis sepatu pelindung seperti sepatu boot atau sepatu yang menutup seluruh permukaan kaki

Indikasi pemakaian sepatu pelindung:

- Penanganan pemulasaraan jenazah
- Penanganan limbah
- Tindakan operasi
- Pertolongan dan Tindakan persalinan
- Penanganan linen
- Pencucian peralatan di ruang gizi
- Ruang dekontaminasi CSSD

Gambar13. Sepatu Pelindung



Sumber: PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

4) Topi pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat / daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala / rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien.

Indikasi pemakaian topi pelindung:

- Tindakan operasi
- Pertolongan dan tindakan persalinan
- Intubasi Trachea
- Penghisapan lendir massive
- Pembersihan peralatan kesehatan

Gambar14. Topi Pelindung



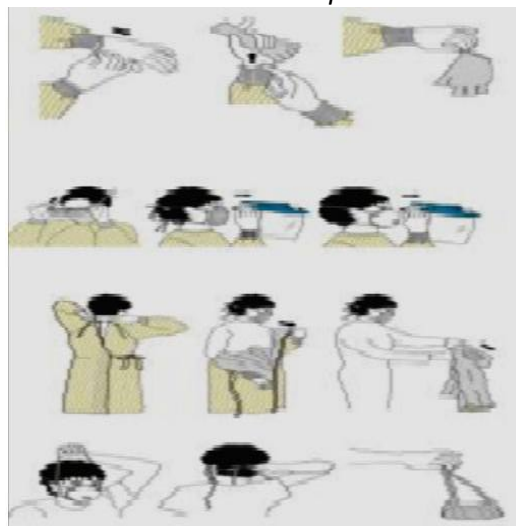
Sumber: PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

D. PELEPASAN APD

Langkah-langkah melepaskan APD adalah sebagai berikut:

- Lepaskan sepasang sarung tangan
- Lakukan kebersihan tangan
- Lepaskan apron
- Lepaskan perisai wajah (goggle)
- Lepaskan gaun bagian luar
- Lepaskan penutup kepala
- Lepaskan masker
- Lepaskan pelindung kaki
- Lakukan kebersihan tangan

Gambar15. Pelepasan APD



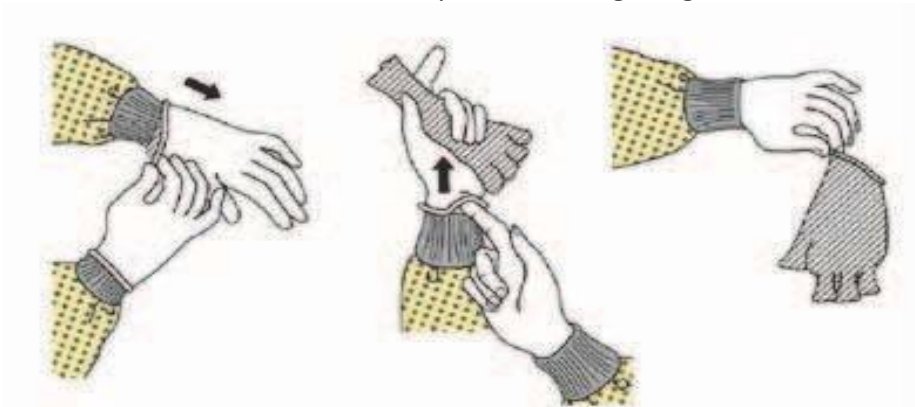
Sumber : <https://www.google.co.id/pelepasan+APD>

- 1) Melepas sarung tangan
 - Ingatlah bahwa bagian luar sarung tangan telah terkontaminasi.

❌ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ❌ ■

- Pegang bagian luar sarung tangan dengan sarung tangan lainnya, kemudian lepaskan.
- Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan.
- Selipkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di bawah sarung tangan yang belum dilepas di pergelangan tangan.
- Lepaskan sarung tangan di atas sarung tangan pertama.
- Buang sarung tangan di tempat limbah infeksius.

Gambar 16. Melepaskan Sarung Tangan



Sumber: <https://www.google.co.id/pelepasan+APD>

2) Melepas Goggle atau Perisai Wajah

- Ingatlah bahwa bagian luar goggle atau perisai wajah telah terkontaminasi.
- Untuk melepasnya, pegang karet atau gagang goggle.
- Letakkan di wadah yang telah disediakan untuk diproses ulang atau dalam tempat limbah infeksius.

Gambar17. Melepaskan Goggle atau Perisai Wajah



Sumber: <https://www.google.co.id/pelepasan+APD>

3) Melepas Gaun Pelindung

- Ingatlah bahwa bagian depan gaun dan lengan gaun pelindung telah terkontaminasi
- Lepas tali pengikat gaun.
- Tarik dari leher dan bahu dengan memegang bagian dalam gaun pelindung saja.
- Balik gaun pelindung.
- Lipat atau gulung menjadi gulungan dan letakkan di wadah yang telah disediakan untuk diproses ulang atau buang di tempat limbah infeksius.

Gambar 18. Melepas Gaun Pelindung



Sumber: <https://www.google.co.id/pelepasan+APD>

4) Melepas Masker

- Ingatlah bahwa bagian depan masker telah terkontaminasi – JANGAN SENTUH.
- Lepaskan tali bagian bawah dan kemudian tali / karet bagian atas.
- Buang ke tempat limbah infeksius.

Gambar 19. Melepas Masker



Sumber: <https://www.google.co.id/pelepasan+APD>

Penggunaan APD pada pasien harus ditetapkan melalui Standar Prosedur Operasional (SPO) difasilitas pelayanan kesehatan terhadap pasien infeksius sesuai dengan indikasi dan ketentuan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI), sedangkan penggunaan APD untuk pengunjung juga ditetapkan melalui SPO di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap kunjungan ke lingkungan infeksius. Pengunjung disarankan untuk tidak berlama-lama berada di lingkungan infeksius.

3. DEKONTAMINASI PERALATAN PERAWATAN PASIEN

Pada tahun 1968 *Spaulding* mengusulkan tiga kategori risiko berpotensi infeksi untuk menjadi dasar pemilihan praktik atau proses pencegahan yang akan digunakan (seperti sterilisasi peralatan medis, sarung tangan dan perkakas lainnya) sewaktu merawat pasien. Kategori *Spaulding* adalah sebagai berikut:

a. Kritisal

Bahan dan praktik ini berkaitan dengan jaringan steril atau sistem darah sehingga merupakan risiko infeksi tingkat tertinggi. Kegagalan manajemen sterilisasi dapat mengakibatkan infeksi yang serius dan fatal.

b. Semikritisal

Bahan dan praktik ini merupakan terpenting kedua setelah kritisal yang berkaitan dengan mukosa dan area kecil di kulit yang lecet. Pengelola perlu mengetahui dan memiliki keterampilan dalam penanganan peralatan invasif, pemrosesan alat, Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), pemakaian sarung tangan bagi petugas yang menyentuh mukosa atau kulit tidak utuh.

c. Non-kritisal

Pengelolaan peralatan / bahan dan praktik yang berhubungan dengan kulit utuh yang merupakan risiko terendah. Walaupun demikian, pengelolaan yang buruk pada bahan dan peralatan non-kritisal akan dapat menghabiskan sumberdaya dengan manfaat yang terbatas (contohnya sarung tangan steril digunakan untuk setiap kali memegang tempat sampah atau memindahkan sampah).

Dalam dekontaminasi peralatan perawatan pasien dilakukan penatalaksanaan peralatan bekas pakai perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh (pre-cleaning, cleaning, disinfeksi, dansterilisasi) sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) sebagai berikut:

a. Rendam peralatan bekas pakai dalam air dan detergen atau enzyme lalu dibersihkan dengan menggunakan spons sebelum dilakukan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi.

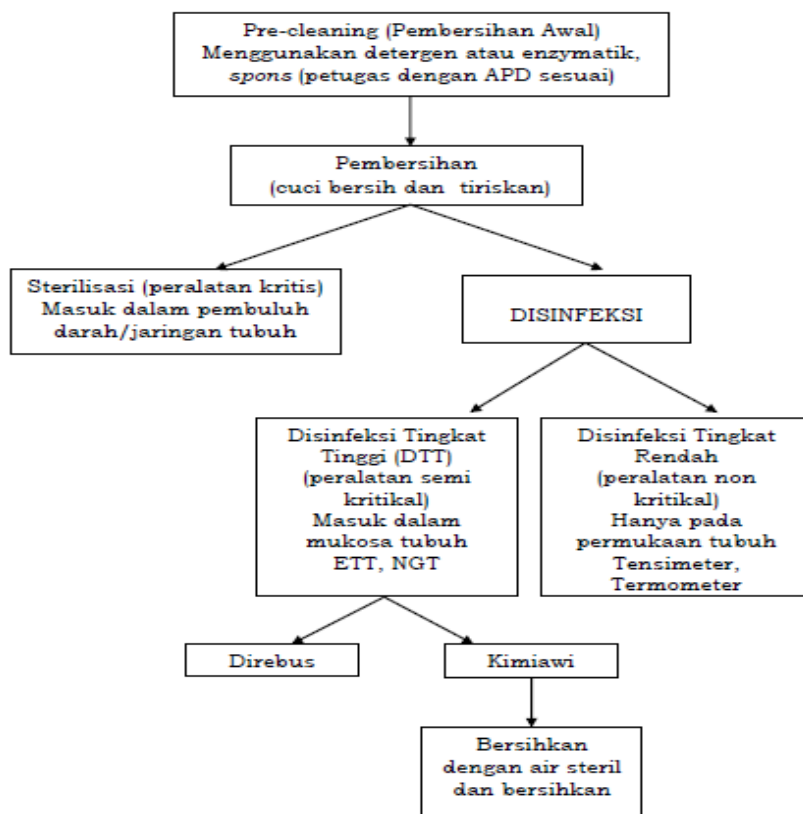
b. Peralatan yang telah dipakai untuk pasien infeksius harus didekontaminasi terlebih dulu sebelum digunakan untuk pasien lainnya.

c. Pastikan peralatan sekali pakai dibuang dan dimusnahkan sesuai prinsip pembuangan sampah dan limbah yang benar. Hal ini juga berlaku untuk alat yang dipakai berulang,

- jika akan dibuang.
- Untuk alat bekas pakai yang akan dipakai ulang, setelah dibersihkan dengan menggunakan spons, di DTT dengan klorin 0,5% selama 10 menit.
 - Peralatan non kritikal yang terkontaminasi, dapat didisinfeksi menggunakan alkohol 70%. Peralatan semikritikal didisinfeksi atau disterilisasi, sedangkan peralatan kritikal harus didisinfeksi dan disterilisasi.
 - Untuk peralatan yang besar seperti USG dan X-Ray, dapat didekontaminasi permukaannya setelah digunakan diruangan isolasi.

Gambar20. Alur Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien

ALUR DEKONTAMINASI PERALATAN PERAWATAN PASIEN



Sumber: PMK no 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

Keterangan Alur:

- Pembersihan Awal (pre-cleaning): Proses yang membuat benda mati lebih aman untuk ditangani oleh petugas sebelum dibersihkan (umpamanya menginaktivasi HBV, HBC, dan HIV) dan mengurangi, tapi tidak menghilangkan, jumlah mikro organisme yang mengkontaminasi.
- Pembersihan: Proses yang secara fisik membuang semua kotoran, darah, atau cairan tubuh lainnya dari permukaan benda mati atau pun membuang sejumlah mikroorganisme untuk mengurangi risiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau

menangani objek tersebut. Proses ini adalah terdiri dari mencuci sepenuhnya dengan sabun atau detergen dan air atau menggunakan enzim, membilas dengan air bersih, dan mengeringkan.

- c. Jangan menggunakan pembersih yang bersifat mengikis, misalnya Vim[®] atau Comet[®] atau serat baja atau baja berlubang, karena produk ini bisa menyebabkan goresan. Goresan ini kemudian menjadi sarang mikroorganisme yang membuat proses pembersihan menjadi lebih sulit serta meningkatkan pembentukan karat.
- d. Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT): Proses menghilangkan semua mikroorganisme, kecuali beberapa endospora bakterial dari objek, dengan merebus, menguapkan atau memakai disinfektan kimiawi.
- e. Sterilisasi: Proses menghilangkan semua mikroorganisme (bakteria, virus, fungi dan parasit) termasuk endospora menggunakan uap tekanan tinggi (otoklaf), panas kering (oven), sterilisasi kimiawi, atau radiasi.

1) Sterilisator Uap Tekanan Tinggi (autoklaf):

Sterilisasi uap tekanan tinggi adalah metodesterilisasi yang efektif, tetapi juga paling sulit untuk dilakukan secara benar. Pada umumnya sterilisasi ini adalah metode pilihan untuk mensterilisasi instrumen dan alat-alat lain yang digunakan pada berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Bila aliran listrik bermasalah, maka instrumen-instrumen tersebut dapat disterilisasi dengan sebuah sterilisator uap non-elektrik dengan menggunakan minyak tanah atau bahan bakar lainnya sebagai sumber panas. Atur agar suhu harus berada pada 121°C; tekanan harus berada pada 106kPa; selama 20 menit untuk alat tidak terbungkus dan 30 menit untuk alat terbungkus. Biarkan semua peralatan kering sebelum diambil dari sterilisator. Set tekanan kPa atau lbs/in² mungkin berbeda tergantung pada jenis sterilisator yang digunakan. Ikuti rekomendasi pabrik, jika mungkin.

2) Sterilisator Panas Kering (Oven):

Baik untuk iklim yang lembab tetapi membutuhkan aliran listrik yang terus menerus, menyebabkan alat ini kurang praktis pada area terpencil atau pedesaan. Selain itu sterilisasi panas kering yang membutuhkan suhu lebih tinggi hanya dapat digunakan untuk benda-benda dari gelas atau logam—karena akan melelehkan bahan lainnya. Letakkan instrumen di oven, panaskan hingga 170°C, selama 1 (satu) jam dan kemudian didinginkan selama 2-2,5 jam atau 160°C selama 2 (dua) jam. Perlu diingat bahwa waktu paparan dimulai setelah suhu dalam sterilisator telah mencapai suhu sasaran. Tidak boleh memberi kelebihan beban pada sterilisator karena akan mengubah konveksi panas. Sisakan ruang kurang lebih 7,5 cm antara bahan yang akan disterilisasi dengan dinding sterilisator.

4. PENGELOLAAN LIMBAH

a. Risiko Limbah

Rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain sebagai sarana pelayanan kesehatan adalah tempat berkumpulnya orang sakit maupun sehat, dapat menjadi

tempat sumber penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan, juga menghasilkan limbah yang dapat menularkan penyakit. Untuk menghindari risiko tersebut maka diperlukan pengelolaan limbah di fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Jenis Limbah

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mampu melakukan minimalisasi limbah yaitu upaya yang dilakukan untuk mengurangi jumlah limbah yang dihasilkan dengan cara mengurangi bahan (*reduce*), menggunakan kembali limbah (*reuse*) dan daur ulang limbah (*recycle*).

Tabel 1. Jenis wadah dan label limbah medis padat sesuai kategorinya

| No | Kategori | Warna kontainer/ kantong plastik | Lambang | Keterangan |
|----|--|-------------------------------------|---|---|
| 1 | Radioaktif | Merah |  | - Kantong boks timbal dengan simbol radioaktif |
| 2 | Sangat Infeksius | Kuning |  | - Katong plastik kuat, anti bocor, atau kontainer yang dapat disterilisasi dengan otoklaf |
| 3 | Limbah infeksius, patologi dan anatomi | Kuning |  | - Plastik kuat dan anti bocor atau kontainer |
| 4 | Sitotoksik | Ungu |  | - Kontainer plastik kuat dan anti bocor |
| 5 | Limbah kimia dan farmasi | Coklat | - | - Kantong plastik atau kontainer |

Sumber:

<https://www.google.co.id/Jenis+wadah+dan+label+limbah+medis+padat+sesuai+kategorinya>

c. Tujuan Pengelolaan Limbah

- 1) Melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan dari penyebaran infeksi dan cedera.
- 2) Membuang-bahan-bahan berbahaya (sitotoksik, radioaktif, gas, limbah infeksius, limbah kimiawi dan farmasi) dengan aman.

d. Proses Pengelolaan Limbah

Proses pengelolaan limbah dimulai dari identifikasi, pemisahan, *labeling*, pengangkutan, penyimpanan hingga pembuangan / pemusnahan.

1) Identifikasi jenis limbah:

Secara umum limbah medis dibagi menjadi padat, cair, dan gas. Sedangkan kategori limbah medis padat terdiri dari benda tajam, limbah infeksius, limbah patologi, limbah sitotoksik, limbah tabung bertekanan, limbah genotoksik, limbah farmasi, limbah dengan kandungan logam berat, limbah kimia, dan limbah radioaktif.

2) Pemisahan Limbah



Sumber: <https://www.google.co.id/pemilahan+limbah+padat>

Pemisahan limbah dimulai pada awal limbah dihasilkan dengan memisahkan limbah sesuai dengan jenisnya. Tempatkan limbah sesuai dengan jenisnya, antara lain:

- Limbah infeksius: Limbah yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh masukkan kedalam kantong plastik berwarna kuning.

Contoh: sampel laboratorium, limbah patologis (jaringan, organ, bagian dari tubuh, otopsi, cairan tubuh, produk darah yang terdiri dari serum, plasma, trombosit dan lain-lain), diapers dianggap limbah infeksius bila bekas pakai pasien infeksi saluran cerna, menstruasi dan pasien dengan infeksi yang ditransmisikan lewat darah atau cairan tubuh lainnya.

- Limbah non-infeksius: Limbah yang tidak terkontaminasi darah dan cairan tubuh, masukkan ke dalam kantong plastik berwarna hitam.

Contoh: sampah rumah tangga, sisa makanan, sampah kantor.

- Limbah benda tajam: Limbah yang memiliki permukaan tajam, masukkan ke dalam wadah tahan tusuk dan air. Contoh: jarum, spuit, ujung infus, benda yang berpermukaan tajam.
- Limbah cair segera dibuang ketempat pembuangan / pojok limbah cair (spiegelhoek).

3) Wadah tempat penampungan sementara limbah infeksius berlambang biohazard.

Wadah limbah di ruangan:

- Harus tertutup
- Mudah dibuka dengan menggunakan pedal kaki
- Bersih dan dicuci setiap hari
- Terbuat dari bahan yang kuat, ringan dan tidak berkarat
- Jarak antar wadah limbah 10-20 meter, diletakkan diruang tindakan dan tidak boleh di bawah tempat tidur pasien
- Ikat kantong plastik limbah jika sudah terisi $\frac{3}{4}$ penuh

4) Pengangkutan

- Pengangkutan limbah harus menggunakan troli khusus yang kuat, tertutup dan mudah dibersihkan, tidak boleh tercecer, petugas menggunakan APD ketika mengangkut limbah.
- Lift pengangkut limbah berbeda dengan lift pasien, bila tidak memungkinkan atur waktu pengangkutan limbah

5) Tempat Penampungan Limbah Sementara

- Tempat Penampungan Sementara (TPS) limbah sebelum di bawa ke tempat penampungan akhir pembuangan.
- Tempatkan limbah dalam kantong plastik dan ikat dengan kuat.
- Berilabel pada kantong plastik limbah.
- Setiap hari limbah diangkat dari TPS minimal 2 kali sehari.
- Mengangkut limbah harus menggunakan keretad orong khusus.
- Kereta dorong harus kuat, mudah dibersihkan, tertutup limbah tidak boleh ada yang tercecer.
- Gunakan APD ketika menangani limbah.
- TPS harus di area terbuka, terjangkau oleh kendaraan, aman dan selalu dijaga kebersihannya dan kondisi kering.

6) Pengolahan Limbah

❌ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ❌ ■

- Limbah infeksius dimusnahkan dengan *insenerator*.
- Limbah non-infeksius dibawa ketempat pembuangan akhir (TPA).
- Limbah benda tajam dimusnahkan dengan insenerator.

Limbah cair dibuang ke spoelhoek.

- Limbah feces, urin, darah dibuang ketempat pembuangan / pojok limbah (spoelhoek).

7) Penanganan Limbah Benda Tajam / Pecahan Kaca

- Jangan menekuk atau mematahkan benda tajam.
- Jangan meletakkan limbah benda tajam sembarang tempat.
- Segera buang limbah benda tajam ke wadah yang tersedia tahan tusuk dan tahan air dan tidak bisa dibuka lagi.
- Selalu buang sendiri oleh si pemakai.
- Tidak menyarungkan kembali jarum suntik habis pakai (*recapping*).
- Wadah benda tajam diletakkan dekat lokasi tindakan.
- Bila menangani limbah pecahan kaca gunakan sarung tangan rumah tangga.
- Wadah Penampung Limbah Benda Tajam
 - Tahan bocor dan tahan tusukan
 - Harus mempunyai pegangan yang dapat dijinjing dengan satu tangan
 - Mempunyai penutup yang tidak dapat dibuka lagi
 - Bentuknya dirancang agar dapat digunakan dengan satu tangan
 - Ditutup dan diganti setelah $\frac{3}{4}$ bagian terisi dengan limbah
 - Ditangani bersama limbah medis

Gambar25. Wadah Limbah Laboratorium



Sumber: PMK 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

Gambar26.Wadah TahanTusuk

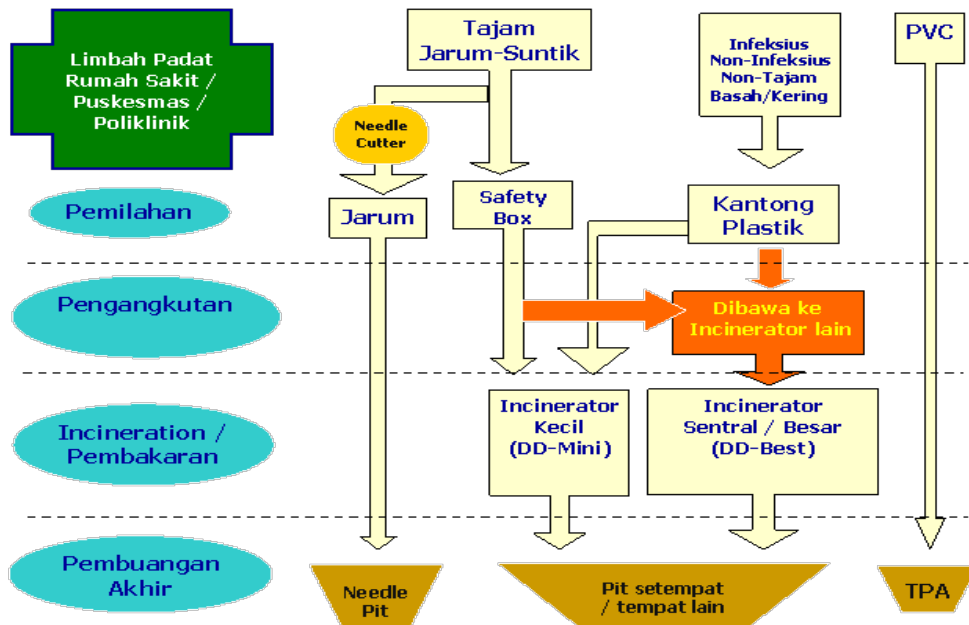


Sumber: PMK 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

8) Pembuangan Benda Tajam

- Wadah benda tajam merupakan limbah medis dan harus dimasukkan ke dalam kantong medis sebelum insinerasi.
- Idealnya semua benda tajam dapat diinsinerasi, tetapi bila tidak mungkin dapat dikubur dan dikapurisasi bersama limbah lain.
- Apapun metode yang digunakan haruslah tidak memberikan kemungkinan perlukaan.

Gambar27. Alur Tata Kelola Limbah



Sumber: <https://www.google.co.id/alur+pemilahan++limbah>

Debu sisa pembakaran dari hasil incinerator dapat menimbulkan risiko, debu hasil pembakaran incinerator dapat terdiri dari logam berat dan bahan toksik lain sehingga menimbulkan situasi yang menyebabkan sintesa DIOXIN dan FURAN akibat dari incinerator sering bersuhu area 200-450°C. Selain itu sisa pembakaran jarum dan gelas yang sudah terdesinfeksi tidak bisa hancur menjadi debu dapat masih menimbulkan resiko paparan fisik.

Metoda penanganan autoclave dan disinfeksi dengan uap panas juga dapat menimbulkan produk hazard yang perlu penanganan yang lebih baik. Pada prinsipnya, untuk menghindari paparan fisik maka perlu perawatan dan operasional incinerator yang baik.

5. PENATALAKSANAAN LINEN

Linen terbagi menjadi linen kotor dan linen terkontaminasi. Linen terkontaminasi adalah linen yang terkena darah atau cairan tubuh lainnya, termasuk juga benda tajam. Penatalaksanaan linen yang sudah digunakan harus dilakukan dengan hati-hati. Kehatian-hatian ini mencakup penggunaan perlengkapan APD yang sesuai dan membersihkan tangan secara teratur sesuai pedoman kewaspadaan standar dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan harus membuat SPO penatalaksanaan linen. Prosedur penanganan, pengangkutan dan distribusi linen harus jelas, aman dan memenuhi kebutuhan pelayanan.

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

- b. Petugas yang menangani linen harus mengenakan APD (sarung tangan rumah tangga, gaun, apron, masker dan sepatu tertutup).
- c. Linen dipisahkan berdasarkan linen kotor dan linen terkontaminasi cairan tubuh, pemisahan dilakukan sejak dari lokasi penggunaannya oleh perawat atau petugas.
- d. Minimalkan penanganan linen kotor untuk mencegah kontaminasi ke udara dan petugas yang menangani linen tersebut. Semua linen kotor segera dibungkus / dimasukkan ke dalam kantong kuning dilokasi penggunaannya dan tidak boleh disortir atau dicuci dilokasi di mana linen dipakai.
- e. Linen yang terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh lainnya harus dibungkus, dimasukkan kantong kuning dan diangkut / ditransportasikan secara berhati-hati agar tidak terjadi kebocoran.
- f. Buang terlebih dahulu kotoran seperti *faeces* ke *washerbedpan*, *spoelhoek* atau toilet dan segera tempatkan linen terkontaminasi ke dalam kantong kuning / infeksius. Pengangkutan dengan troli yang terpisah, untuk linen kotor atau terkontaminasi dimasukkan ke dalam kantong kuning. Pastikan kantong tidak bocor dan lepas ikatan selama transportasi. Kantong tidak perlu ganda.
- g. Pastikan alur linen kotor dan linen terkontaminasi sampai dilaundry TERPISAH dengan linen yang sudah bersih.
- h. Cuci dan keringkan linen di ruang laundry. Linen terkontaminasi seyogyanya langsung masuk mesin cuci yang segera diberi disinfektan.
- i. Untuk menghilangkan cairan tubuh yang infeksius pada linen dilakukan melalui 2 tahap yaitu menggunakan deterjen dan selanjutnya dengan Natriumhipoklorit (Klorin) 0,5%. Apabila dilakukan perendaman maka harus diletakkan di wadah tertutup agar tidak menyebabkan toksik bagi petugas.

Gambar 28. Linen Siap Pakai



Sumber: PMK no 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

Gambar29. Gambar Pengangkutan Linen terkontaminasi:KantongLinen terkontaminasi



Sumber: PMK no 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

6. PERLINDUNGAN KESEHATAN PETUGAS

Lakukan pemeriksaan kesehatan berkala terhadap semua petugas baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan. Fasyankes harus mempunyai kebijakan untuk penatalaksanaan akibat tusukan jarum atau benda tajam bekas pakai pasien, yang berisikan antara lain siapa yang harus dihubungi saat terjadi kecelakaan dan pemeriksaan serta konsultasi yang dibutuhkan oleh petugas yang bersangkutan.

Petugas harus selalu waspada dan hati-hati dalam bekerja untuk mencegah terjadinya trauma saat menangani jarum, scalpel dan alat tajam lain yang dipakai setelah prosedur, saat membersihkan instrumen dan saat membuang jarum.

Jangan melakukan penutupan kembali (recap) jarum yang telah dipakai, memanipulasi dengantangan, menekuk, mematahkan atau melepas jarum dari spuit. Buang jarum, spuit, pisau, scalpel, dan peralatan tajam habis pakai lainnya ke dalam wadah khusus yang tahan tusukan / tidak tembus sebelum dimasukkan ke insenerator. Bila wadah khusus terisi $\frac{3}{4}$ harus diganti dengan yang baru untuk menghindari tercecer.

Apabila terjadi kecelakaan kerja berupa perlukaan seperti tertusuk jarum suntik bekas pasien atau terpercik bahan infeksius maka perlu pengelolaan yang cermat dan tepat serta efektif untuk mencegah semaksimal mungkin terjadinya infeksi yang tidak diinginkan.

Sebagian besar insiden pajanan okupasional adalah infeksi melalui darah yang terjadi dalam fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes). HIV, hepatitis B dan hepatitis C adalah patogen melalui darah yang berpotensi paling berbahaya, dan kemungkinan pajanan terhadap patogen ini merupakan penyebab utama kecemasan bagi petugas kesehatan di seluruh dunia.

Risikomen dapat infeksi lain yang dihantarkan melalui darah (*bloodborne*) seperti hepatitis B dan C jauh lebih tinggi dibandingkan mendapatkan infeksi HIV. Sehingga

tatalaksana pajanan okupasional terhadap penyebab infeksi tidak terbatas pada PPPHIV saja.

Di seluruh fasyankes, kewaspadaan standar merupakan layanan standar minimal untuk mencegah penularan patogen melalui darah.

a. TATALAKSANA PAJANAN

Tujuan tatalaksana pajanan adalah untuk mengurangi waktu kontak dengan darah, cairan tubuh, atau jaringan sumber pajanan dan untuk membersihkan dan melakukan dekontaminasi tempat pajanan. Tatalaksananya adalah sebagai berikut:

- 1) Bila tertusuk jarum segera bilas dengan air mengalir dan sabun / cairan antiseptik sampai bersih
- 2) Bila darah / cairan tubuh mengenai kulit yang utuh tanpa luka atau tusukan, cuci dengan sabun dan air mengalir
- 3) Biladarah / cairan tubuh mengenai mulut, ludahkan dan kumur-kumur dengan air beberapa kali.
- 4) Bila terpercik pada mata, cucilah mata dengan air mengalir (irigasi), dengan posisi kepala miring ke arah mata yang terpercik.
- 5) Bila darah memercik ke hidung, hembuskan keluar dan bersihkan dengan air.
- 6) Bagian tubuh yang tertusuk tidak boleh ditekan dan dihisap dengan mulut.

b. TATA LAKSANA PAJANAN BAHAN INFEKSIUS DI TEMPAT KERJA

Langkah 1: Cuci

- 1) Tindakan darurat pada bagian yang terpajan seperti tersebut di atas.
- 2) Setiap pajanan dicatat dan dilaporkan kepada yang berwenang yaitu atasan langsung dan Komite PPI atau K3. Laporan tersebut sangat penting untuk menentukan langkah berikutnya. Memulai PPP sebaiknya secepatnya kurang dari 4 jam dan tidak lebih dari 72 jam, setelah 72 jam tidak dianjurkan karena tidak efektif.

Langkah 2: Telaah pajanan

1) Pajanan

Pajanan yang memiliki risiko penularan infeksi adalah:

- Perlukaan kulit
- Pajanan pada selaput mukosa
- Pajanan melalui kulit yang luka

2) Bahan Pajanan

Bahan yang memberikan risiko penularan infeksi adalah:

- Darah
- Cairan bercampur darah yang kasat mata
- Cairan yang potensial terinfeksi: semen, cairan vagina, cairan serebrospinal, cairansinovia, cairan pleura, cairan peritoneal, cairan perickardial, cairan amnion
- Virus yang terkonsentrasi

3) Status Infeksi

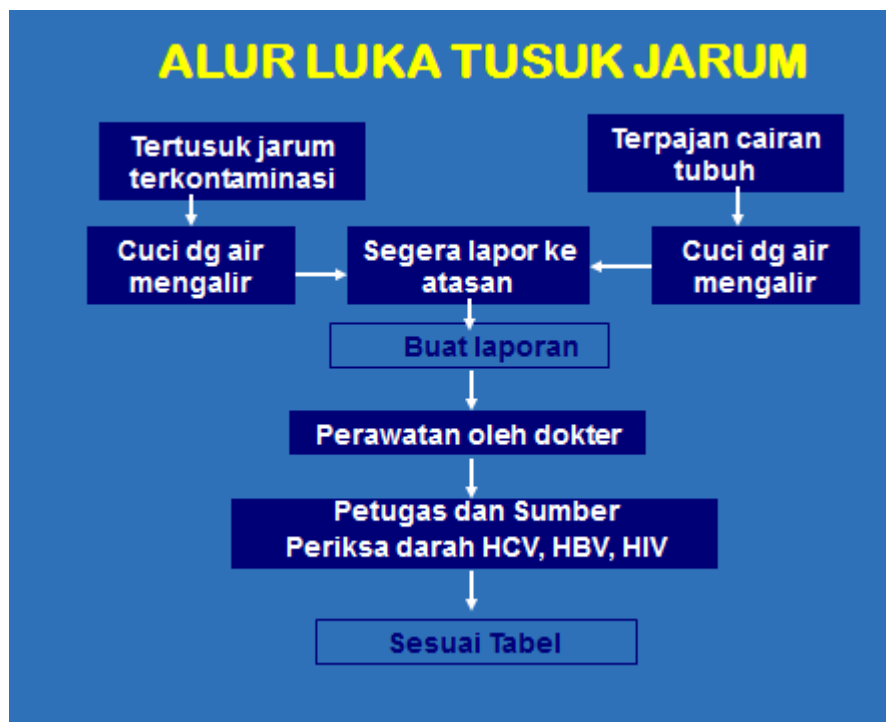
Tentukan status infeksi sumber pajanan (bila belum diketahui), dilakukan pemeriksaan:

- HbsAg untuk Hepatitis B
- AntiHCV untuk Hepatitis C
- AntiHIV untuk HIV
- Untuk sumber yang tidak diketahui, pertimbangkan adanya
- Faktor risiko yang tinggi atas ketiga infeksi di atas

4) Kerentanan

Tentukan kerentanan orang yang terpajan dengan cara:

- Pernahkan mendapat vaksinasi Hepatitis B.
- Status serologi terhadap HBV (titer AntiHBs) bila pernah mendapatkan vaksin.
- Pemeriksaan AntiHCV (untuk hepatitis C)
- AntiHIV (untuk infeksi HIV)



Sumber: PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

7. PENEMPATAN PASIEN

- Tempatkan pasien infeksius terpisah dengan pasien noninfeksius.
- Penempatan pasien disesuaikan dengan pola transmisi infeksi penyakit pasien (kontak, droplet, airborne) sebaiknya ruangan tersendiri.
- Bila tidak tersedia ruang tersendiri, dibolehkan dirawat bersama pasien lain yang jenis infeksiusnya sama dengan menerapkan sistem *cohorting*. Jarak antara tempat tidur minimal 1 meter. Untuk menentukan pasien yang dapat disatukan dalam satu ruangan, dikonsultasikan terlebih dahulu kepada Komite atau Tim PPI.

- d. Semua ruangan terkait *cohorting* harus diberitanda kewaspadaan berdasarkan jenis transmisinya (kontak, droplet, airborne).
- e. Pasien yang tidak dapat menjaga kebersihan diri atau lingkungannya seyogyanya dipisahkan tersendiri.
- f. Mobilisasi pasien infeksius yang jenis transmisinya melalui udara (*airborne*) agar dibatasi di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menghindari terjadinya transmisi penyakit yang tidak perlu kepada yang lain.
- g. Pasien HIV tidak diperkenankan dirawat bersama dengan pasien TB dalam satu ruangan tetapi pasien TB-HIV dapat dirawat dengan sesama pasien TB.

8. KEBERSIHAN PERNAPASAN / ETIKA BATUK DAN BERSIN

Diterapkan untuk semua orang terutama pada kasus infeksi dengan jenis transmisi airborne dan droplet. Fasilitas pelayanan kesehatan harus menyediakan sarana cucitangan seperti wastafel dengan air mengalir, tisu, sabun cair, tempat sampah infeksius dan masker bedah. Petugas, pasien dan pengunjung dengan gejala infeksi saluran napas, harus melaksanakan dan mematuhi langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Menutup hidung dan mulut dengan tisu atau saputangan atau lengan atas.
- b. Tisu dibuang ke tempat sampah infeksius dan kemudian mencuci tangan.

Edukasi / Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) dan fasilitas pelayanan kesehatan lain dapat dilakukan melalui audiovisual, leaflet, poster, banner, video melalui TV di ruang tunggu atau lisan oleh petugas.

Gambar31.EtikaBatuk



Sumber: <https://www.google.co.id/etika+batuk>

9. PRAKTIK MENYUNTIK YANG AMAN

Pakai spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, berlaku juga pada penggunaan vial multidose untuk mencegah timbulnya kontaminasi mikroba saat obat dipakai pada pasien lain. Jangan lupa membuang spuit dan jarum suntik bekas pakai ke tempatnya dengan benar.



Hati-hati dengan pemakaian obat untuk perina dan anestesi karena berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB).

a. Rekomendasi Penyuntikan Yang Aman

- Menerapkan *aseptic technique* untuk mencegah kontaminasi alat-alat injeksi
- Tidak menggunakan semprit yang sama untuk penyuntikan lebih dari satu pasien walaupun jarum suntiknya diganti
- Semua alat suntik yang dipergunakan harus satu kali pakai untuk satu pasien dan satu prosedur
- Gunakan cairan pelarut / *flushing* hanya untuk satu kali (NaCl, WFI, dll)
- Gunakan single dose untuk obat injeksi (bila memungkinkan)
- Tidak memberikan obat-obat single dose kepada lebih dari satu pasien atau mencampurkan obat-obat single dose ke dalam vial/ampul untuk pemberian berikutnya
- Bila harus menggunakan obat-obat multidose, semua alat yang akan dipergunakan harus steril
- Simpan obat-obat multidose sesuai dengan rekomendasi dari pabrik yang membuat
- Tidak menggunakan cairan pelarut untuk lebih dari 1 pasien

10. PRAKTIK LUMBALPUNGSU YANG AMAN

Semua petugas harus memakai masker bedah, gaun bersih, sarung tangan steril saat akan melakukan tindakan lumbal pungsi, anestesi pinal / epidural / pasang kateter vena sentral.

Penggunaan masker bedah pada petugas dibutuhkan agar tidak terjadi droplet flora orofaring yang dapat menimbulkan meningitis bakterial.

B. KEWASPADAAN BERDASARKAN TRANSMISI

Kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai tambahan Kewaspadaan Standar yang dilaksanakan sebelum pasien didiagnosis dan setelah terdiagnosis jenis infeksi. Jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai berikut:

1. Melalui kontak

2. Melalui droplet
3. Melalui udara (Airborne Precautions)
4. Melalui common vehicle (makanan, air, obat, alat, peralatan)
5. Melalui vektor (lalat, nyamuk, tikus)

Suatu infeksi dapat ditransmisikan lebih dari satu cara. Dalam BAB 2 ini, akan dibahas yang berkaitan dengan HAIs yaitu transmisi kontak, dan droplet.

1. Kewaspadaan Transmisi Melalui Kontak

Kewaspadaan ini bertujuan untuk menurunkan risiko timbulnya *Healthcare Associated Infections* (HAIs), terutama risiko transmisi mikroba yang secara epidemiologi diakibatkan oleh kontak langsung atau tidak langsung.

- a) Kontak langsung meliputi kontak dengan permukaan kulit yang terbuka dengan kulit terinfeksi atau kolonisasi. Misalnya pada saat petugas membalikkan tubuh pasien, memandikan, membantu pasien bergerak, mengganti perban, merawat oral pasien Herpes Simplex Virus (HSV) tanpa sarung tangan.
- b) Transmisi kontak tidak langsung adalah kontak dengan cairan sekresi pasien terinfeksi yang ditransmisikan melalui tangan petugas yang belum dicuci atau benda mati dilingkungan pasien, misalnya instrumen, jarum, kasa, mainan anak, dan sarung tangan yang tidak diganti.
- c) Hindari menyentuh permukaan lingkungan lain yang tidak berhubungan dengan perawatan pasien sebelum melakukan aktivitas kebersihan tangan (handhygiene).
- d) Petugas harus menahan diri untuk tidak menyentuh mata, hidung, mulut saat masih memakai sarung tangan terkontaminasi / tanpa sarung tangan.

2. Kewaspadaan Transmisi Melalui Droplet

Transmisi drop letter jadi ketik apartikel droplet berukuran $> 5 \mu\text{m}$ yang dikeluarkan pada saat batuk, bersin, muntah, bicara, selama prosedur suction, bronkhos kopi, melayang di udara dan akan jatuh dalam jarak $< 2\text{m}$ dan mengenai mukosa atau konjungtiva, untuk itu dibutuhkan APD atau masker yang memadai, bila memungkinkan dengan masker 4 lapis atau yang mengandung pembunuh kuman (germdecontaminator). Jenis transmisi percikan ini dapat terjadi pada kasus antara lain commoncold, respiratory syncitial virus (RSV), Adenovirus, H5N1, H1N1.

Latihan

1. Coba saudara lakukan cuci tangan dengan menggunakan handscrub (WHO)
2. Jelaskan alur dekontaminasi peralatan perawatan pasien

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang

1. BAB IV Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di atas

Ringkasan

Keselamatan pasien adalah hal terpenting yang perlu diperhatikan oleh setiap petugas medis yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Tindakan pelayanan, peralatan kesehatan, dan lingkungan sekitar pasien sudah seharusnya menunjang keselamatan serta kesembuhan dari pasien tersebut. Oleh karena itu, setiap tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sudah sepatutnya memberi dampak positif dan tidak memberikan kerugian bagi pasien.

Tes 2

1. Penyebab utama timbulnya penyebaran infeksi di Rumah Sakit adalah karena kegagalan petugas kesehatan dalam...
 - A. Hand Hygiene
 - B. Penggunaan APD
 - C. Desinfeksi alat
 - D. Sterilitas alat

2. WHO merekomendasikan gerakan cuci tangan ada berapa langkah ...
 - A. 3 langkah
 - B. 4 langkah
 - C. 5 langkah
 - D. 6 langkah

3. Melakukan cuci tangan dengan cairan berbasis Alkohol/Handsrub membutuhkan waktu ...
 - A. 20-30 detik
 - B. 30-40 detik
 - C. 40-50 detik
 - D. 50-60 detik

4. Kapankah Saudara mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir ?
 - A. Sebelum mulai dinas dan saat mau pulang
 - B. Sebelum dan setelah melakukan tindakan
 - C. Terkena cairan tubuh pasien
 - D. Tidak tampak kotor

5. Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan cairan tubuh pasien, udara yang kotor. Masker apakah yang digunakan untuk mencegah penularan melalui *airborne*?
 - A. Masker rumah tangga
 - B. Masker respiratorik
 - C. Masker bedah
 - D. Masker

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 2 yang terdapat di bagian akhir Bab 4 ini.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

1. B
2. C
3. C
4. D
5. C

Tes 2

1. A
2. D
3. A
4. C
5. B

Glosarium

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <i>Transmisi melalui Airborne</i> | : | Transmisi melalui udara |
| <i>Transmisi melalui droplet</i> | : | Transmisi melalui percikan ludah |
| <i>Hand Hygiene</i> | : | Kebersihan tangan |
| <i>Handscrub</i> | : | Cuci tangan pakai alkohol/antiseptik |
| Masker respiratorik | : | Masker mencegah penularan melalui <i>airborne</i> . |
| ISK | : | infeksi saluran kemih |
| IDO | : | infeksi daerah operasi |
| SSI | : | <i>Surgical Site Infection</i> |
| VAP | : | <i>Ventilator associated Pneumonia</i> |

Daftar Pustaka

Depkes RI bekerjasama dengan Perdalim. (2009). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. SK Menkes No 382/Menkes/2007. Jakarta: Kemenkes RI

Depkes RI. (2006). *Pedoman Penatalaksanaan Flu Burung di Pelayanan Kesehatan*. Depkes RI: Ditjen Bina Yan Med

_____. (2007). *Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. SK Menkes No 270/MENKES/2007. Jakarta: Depkes RI

Kemenkes RI. (2017). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. PMK nomor 27 tahun 2017. Jakarta : Kemenkes RI.

BAB V

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Dr. Tutiany, S.Kp., M.Kes

PENDAHULUAN

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dibutuhkan tindakan yang (1) komprehensif dan responsif terhadap kejadian tidak diinginkan di fasilitas pelayanan kesehatan agar kejadian serupa tidak terulang kembali. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien. Penyelenggaraan keselamatan pasien tersebut dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan, yang menerapkan: 1) standar keselamatan pasien, 2) tujuh langkah menuju keselamatan pasien; dan 3) sasaran keselamatan pasien (PMK. No. 11 Tahun 2017).

Sasaran keselamatan pasien (SKP) di Indonesia mengacu kepada *International Patient Safety Goals* (IPSG) merupakan hal sangat penting untuk dipahami dan diterapkan dalam praktik asuhan keperawatan (2). Sasaran keselamatan pasien adalah syarat yang harus diterapkan di semua rumah sakit. Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran sasaran dalam SKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar. Dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem (PMK. No. 11 Tahun 2017).

Sasaran dalam SKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah di fasilitas pelayanan kesehatan. Sasaran Keselamatan Pasien Nasional (SKPN), terdiri dari: SKP.1 mengidentifikasi pasien dengan benar; SKP.2 meningkatkan komunikasi yang efektif; SKP.3 meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai; SKP.4 memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar; SKP.5 mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan, dan SKP.6 mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Setelah mempelajari modul/ bab ini Anda diharapkan dapat menjelaskan sasaran keselamatan pasien nasional. Lebih khusus Anda diharapkan dapat menjelaskan dan

1. mengidentifikasi pasien dengan benar
2. meningkatkan komunikasi yang efektif
3. meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
4. memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
5. mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
6. mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Topik 1

Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

Kesalahan identifikasi pasien semakin dikenal sebagai masalah yang meluas di dalam organisasi layanan kesehatan. Kegagalan untuk mengidentifikasi pasien dengan benar merupakan risiko serius terhadap keselamatan pasien. Identifikasi pasien yang benar dimulai dengan kontak pertama pasien dengan layanan dan merupakan tanggung jawab semua staf yang terlibat dalam proses penerimaan, klinis dan administratif untuk memastikan rincian yang benar diperoleh dan dicatat dan bahwa setiap ketidakakuratan atau pertanyaan disorot dan ditangani. Semua pasien harus dapat diidentifikasi setiap saat ketika sedang dilakukan pemeriksaan atau menjalani prosedur/ perawatan dalam fasilitas pelayanan kesehatan.

1. Pengertian identifikasi pasien

Pengertian identifikasi adalah proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.

Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien.

2. Manfaat dan tujuan identifikasi pasien dengan benar harus dilakukan

Mengidentifikasi pasien dilakukan dengan tujuan untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah dalam proses pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien yang datang berobat dan mencegah kesalahan dan kekeliruan dalam proses pemberian pelayanan, pengobatan tindakan atau prosedur. Ketepatan identifikasi pasien menjadi hal yang penting, karena berhubungan dengan keselamatan pasien. Kesalahan karena keliru pasien dapat terjadi dalam semua aspek diagnosis dan pengobatan. Kesalahan karena keliru pasien dapat merugikan pasien, menyebabkan pasien tidak mendapatkan terapi yang tepat, membuat pasien cedera, bahkan bisa menyebabkan cacat atau kematian pasien. Karena itu kesalahan karena keliru pasien merupakan hal yang amat sangat berat hukumnya.

Tujuan dari mengidentifikasi pasien dengan benar adalah:

- a. mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan dengan cara yang dapat dipercaya/reliable,
- b. untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.
- c. untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama perawatan di rumah sakit.

- d. mengurangi kejadian/ kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi. Kesalahan ini dapat berupa: salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi, dan kesalahan pemeriksaan diagnostik.
- e. mengurangi kejadian cedera pada pasien

3. Kondisi yang memerlukan identifikasi pasien

Beberapa keadaan yang dapat beresiko menyebabkan terjadinya *error*/ kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, yaitu pasien yang dalam keadaan terbius/ tersedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya, mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam rumah sakit; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain. Tujuan menerapkan sasaran ini adalah mengidentifikasi pasien sebagai individu yang tepat untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien disebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien. Dari berbagai laporan kejadian baik di Indonesia maupun di luar negeri, di Negara berkembang ataupun di Negara maju, kesalahan karena keliru-pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya *error*/ kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbius/ tersedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain.

4. Ruang lingkup dan pelaksana identifikasi pasien

Ruang Lingkup identifikasi pasien, mencakup

- a. semua pasien rawat inap, pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD), dan pasien yang akan menjalani suatu prosedur.
- b. Pelaksana identifikasi pasien adalah semua tenaga kesehatan (medis, perawat, farmasi, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya); staf di ruang rawat, staf administratif, dan staf pendukung yang bekerja di rumah sakit.

5. Kapan tindakan mengidentifikasi pasien dilakukan?

Kebijakan dan/atau prosedur secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien. Berikut adalah beberapa prosedur yang membutuhkan identifikasi pasien:

- a. pemberian obat
- b. pemberian darah atau produk darah (transfusi darah)
- c. pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau
- d. memberikan pengobatan atau tindakan lain.
- e. prosedur pemeriksaan radiologi (rontgen, MRI, dan sebagainya)

- f. Intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya
- g. transfer pasien
- h. konfirmasi kematian

6. Kegiatan untuk mengidentifikasi pasien dengan benar

Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi. Kegiatan yang dilaksanakan, adalah:

- a. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
- d. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
- e. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

7. Tatalaksana identifikasi pasien

Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (-identitas pasien) dengan bar-code, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi.

Kegiatan identifikasi pasien merupakan hal yang terintegrasi, sehingga penerapan ini diperlukan standar operasional prosedur untuk pelaksanaan identifikasi pasien. Minimal terdapat dua identitas pasien, meliputi nama pasien dan tanggal lahir.

Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/ penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk.

Tatalaksana identifikasi pasien (RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, 2016) adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan identifikasi pasien
 - Menanyakan nama lengkap pasien dan tanggal lahir
 - Identifikasi pasien dapat menggunakan Nomor Rekam Medik (NRM)
 - Menggunakan komunikasi aktif/ pertanyaan terbuka dalam mengidentifikasi
- b. Identifikasi pasien menggunakan dokumen foto
 - Pasien yang tidak memiliki ekstremitas
 - Pasien luka bakar luar
 - Pasien psikiatri yang tidak memungkinkan untuk dipasang gelang identitas
 - Pasien tanpa identitas
- c. Identifikasi pasien menggunakan gelang identitas pasien

Gelang nama pasien diberikan berdasarkan jenis warna dengan ketentuan, berikut:

- 1) gelang warna merah jambu diberikan kepada pasien perempuan,
- 2) gelang warna biru diberikan kepada pasien laki-laki,
- 3) gelang warna putih diberikan kepada pasien ambigu
- 4) Label pada gelang identitas: Nama lengkap; tanggal lahir; jenis kelamin; dan Nomor Rekam Medik.pasien



(Sumber: <http://spo-keperawatan.blogspot.co.id/2016/04/spo-identifikasi-pasien.html>)

Gambar 1.1 Gelang Identitas Pasien

d. Identifikasi pasien berisiko

1) Menggunakan gelang identitas:

- a) warna merah diberikan kepada pasien yang mengalami alergi terhadap obat-obatan terutama obat antibiotic,
- b) gelang warna kuning diberikan kepada pasien yang mempunyai risiko jatuh

2) menggunakan klip dan gelang risiko:

- a) Klip Merah : Pasien dengan risiko alergi
- b) Klip Kuning : Pasien dengan risiko jatuh
- c) Klip Ungu : Pasien dengan DNR (*Do Not Resuscitate*)
- d) Klip Pink : Pasien dengan keterbatasan ekstremitas
- e) Gelang abu-abu : Pasien dengan pemasangan implant radio aktif

3) Identifikasi pasien berisiko adalah terkait pasien yang tidak dapat dilakukan pemasangan gelang risiko, seperti pada pasien luka bakar luas, pasien psikiatri yang tidak kooperatif/ gaduh gelisah dan pasien tanpa anggota gerak, maka diberikan berupa stiker (sesuai warna gelang) yang ditempel pada halaman depan status pasien.

4) Pastikan identitas pasien:

- a. Ada dalam setiap lembar dokumen pasien di rekam medic
- b. Ada dalam setiap cairan parenteral (obat/ makanan/ produk darah) yang diberikan
- c. Ada dalam botol susu/ botol makanan cair/ tempat makanan pasien.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan mengapa kita harus mengidentifikasi pasien di rumah sakit dengan benar?
- 2) Pada kondisi apa saja perawat harus melakukan identifikasi pasien?
- 3) Kegiatan apa saja yang dilakukan pada waktu mengidentifikasi pasien dengan benar?

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Alasan kita mengidentifikasi pasien, antara lain:
Mengidentifikasi pasien dengan benar menjadi hal yang sangat penting, karena berhubungan dengan keselamatan pasien. Dengan melakukan identifikasi pasien, kita dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien. Kalau tidak melakukan identifikasi pasien dengan benar maka dapat terjadi kesalahan karena keliru pasien, baik pada saat diagnosis ataupun pengobatan. Kesalahan karena keliru pasien dapat merugikan pasien, menyebabkan pasien tidak mendapatkan terapi yang tepat, membuat pasien cedera, bahkan bisa menyebabkan cacat atau kematian pasien.
2. Kondisi yang mengharuskan perawat melakukan identifikasi pasien, adalah:
Keadaan yang dapat mengarahkan/ menyebabkan terjadinya error/ kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbius/ tertedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain.
Berikut adalah beberapa prosedur yang membutuhkan identifikasi pasien:
 - a. pemberian obat/ pengobatan atau tindakan lain
 - b. pemberian darah atau produk darah (transfusi darah)
 - c. pengambilan sampel darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau
 - d. prosedur pemeriksaan radiologi (rontgen, MRI, dan sebagainya)
 - e. Intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya
 - f. transfer pasien
 - g. konfirmasi kematian
3. Kegiatan yang dilakukan pada saat mengidentifikasi pasien dengan benar
 - a. pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
 - b. pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
 - c. pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
 - d. pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur.

- e. kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

Ringkasan

- Mengidentifikasi pasien dengan benar merupakan sasaran keselamatan pasien yang pertama yang harus dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan oleh semua tenaga kesehatan, yang bertujuan mengidentifikasi pasien sebagai individu yang mendapatkan pelayanan atau pengobatan dengan cara yang dapat dipercaya/ reliable, mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut, memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama perawatan di rumah sakit, mengurangi kejadian/ kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi (salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi, dan kesalahan pemeriksaan diagnostik), dan mengurangi kejadian cidera pada pasien.
- Kegiatan yang harus dilakukan pada saat mengidentifikasi pasien dengan benar, meliputi: pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien, pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah. pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur, serta kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat

6. Keselamatan pasien adalah memberikan asuhan keperawatan yang aman dan bermutu. Apakah yang harus dilakukan oleh perawat sebelum melakukan tindakan memberikan obat injeksi intra vena?
 - E. melihat SOP
 - F. meminta Advice dokter
 - G. mengidentifikasi pasien dengan benar
 - H. menanyakan keluhan pasien tentang obat

7. Seorang pasien laki-laki umur 65 tahun dengan diagnosa medis stroke. Saat dikaji diperoleh data kesadaran pasien menurun, Bagaimanakah cara perawat mengidentifikasi pasien agar terhindar dari jatuh?
 - A. memasang klip hijau
 - B. memasang klip kuning
 - C. memasang klip abu-abu
 - D. memasang klip ungu dan kuning

8. Seorang pasien baru laki-laki umur 45 tahun masuk dengan diagnosa medis Hepatitis. Gelang identitas yang manakah yang akan perawat pasang kepada pasien
 - E. warna merah
 - F. warna biru muda
 - G. warna merah muda
 - H. warna biru muda dan klip kuning

9. Pada kondisi yang apakah perawat melakukan identifikasi pasien menggunakan dokumen foto?
 - A. pasien tanpa identitas
 - B. pasien tidak sadar
 - C. pasien anak-anak
 - D. pasien fraktur

10. Kegiatan yang benar agar fasilitas pelayanan kesehatan dapat mengidentifikasi pasien dengan benar
 - A. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, diantaranya menggunakan nama pasien dan nomor kamar atau lokasi pasien.
 - B. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
 - C. Pasien tanpa identitas diidentifikasi sama dengan pasien lain yaitu dengan gelang identitas.
 - D. Pasien dengan risiko jatuh diberi gelang warna abu-abu

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 1 yang terdapat di bagian akhir Bab 5 ini.

Topik 2

Meningkatkan Komunikasi Efektif

1. Pengertian komunikasi efektif

Komunikasi adalah sebuah proses penyampaian pikiran atau informasi dari seseorang kepada orang lain melalui suatu cara tertentu sehingga orang lain tersebut mengerti betul apa yang dimaksud oleh penyampaian pikiran-pikiran atau informasi (Komaruddin, 1994; Schermerhorn, Hunt & Osborn, 1994; Koontz & Weihrich, 1988). Komunikasi berarti pemberitahuan, pembicaraan, percakapan, pertukaran pikiran atau hubungan (Hardjana, 2003). Secara etimologis, kata efektif (*effective*) sering diartikan dengan mencapai hasil yang diinginkan (*producing desired result*), dan menyenangkan (*having a pleasing effect*).

Komunikasi efektif adalah sebuah proses penyampaian pikiran atau informasi dari seseorang kepada orang lain melalui suatu cara tertentu sehingga orang lain tersebut mengerti betul apa yang dimaksud oleh penyampai pikiran-pikiran atau informasi". (Komaruddin, 1994; Schermerhorn, Hunt & Osborn, 1994).

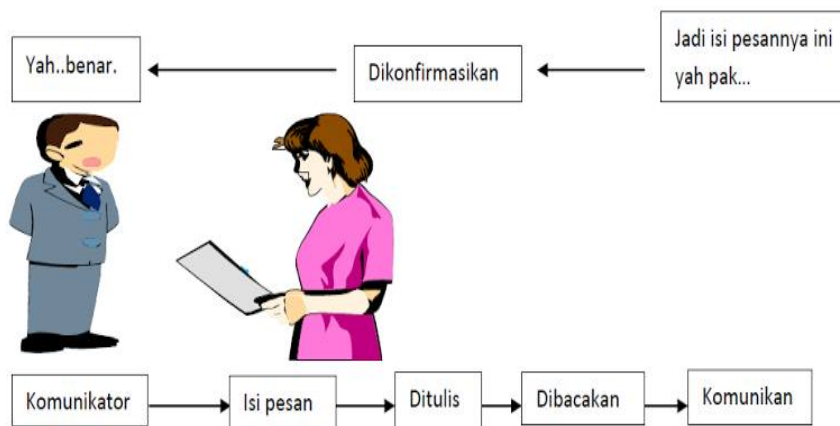
Komunikasi efektif merupakan komunikasi di antara para petugas pemberi pelayanan yang dilakukan dengan tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dapat dipahami oleh penerima, sehingga dapat mengurangi kesalahan dan menghasilkan perbaikan untuk keselamatan pasien. Komunikasi efektif dapat dilakukan secara verbal/ lisan, tertulis dan atau elektronik (RSUP Fatmawati, 2012)

2. Prinsip dan proses komunikasi efektif

Komunikasi dapat efektif apabila pesan diterima dan dimengerti sebagaimana dimaksud oleh pengirim pesan/komunikator, pesan ditindaklanjuti dengan sebuah perbuatan oleh penerima pesan/komunikasi dan tidak ada hambatan untuk hal itu (Hardjana, 2003). Untuk mendapatkan komunikasi efektif, dilakukan prinsip komunikasi sebagai berikut:

- a. Pemberi pesan secara lisan memberikan pesan
- b. Penerima pesan menuliskan secara lengkap isi pesan tersebut
- c. Isi pesan dibacakan kembali (*read back*) secara lengkap oleh penerima pesan
- d. pemberi pesan memverifikasi isi pesan kepada pemberi penerima pesan
- e. Penerima pesan mengklarifikasi ulang bila ada perbedaan pesan dengan hasil verifikasi.

Proses komunikasi efektif dengan prinsip: terima, catat, verifikasi dan klarifikasi dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Proses komunikasi efektif

(Sumber: <http://akreditasi.my.id/rs/panduan-komunikasi-efektif/>)

3. Kegiatan untuk meningkatkan komunikasi efektif

Meningkatkan komunikasi yang efektif merupakan sasaran keselamatan pasien kedua, yang harus dilaksanakan oleh semua fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017, disebutkan bahwa Fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif. Kegiatan yang dilaksanakan:

- Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut
- Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

Komunikasi yang berisiko/ paling mudah mengalami kesalahan, adalah:

- perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon, bila diperbolehkan peraturan perundangan.
- pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera /cito.

Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan

kembali (read back) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

4. Aturan/ hukum dalam komunikasi efektif

Ada 5 (lima) hukum komunikasi yang efektif (*The 5 Inevitable Laws of Effective Communication*) terangkum dalam satu kata yang mencerminkan esensi dari komunikasi itu sendiri yaitu REACH, yang berarti merengkuh atau meraih. Karena sesungguhnya komunikasi itu pada dasarnya adalah upaya bagaimana kita meraih perhatian, cinta kasih, minat, kepedulian, simpati, tanggapan, maupun respon positif dari orang lain. Hukum komunikasi efektif yang pertama adalah :

a. *Respect*:

Hukum pertama dalam mengembangkan komunikasi yang efektif adalah sikap menghargai setiap individu yang menjadi sasaran pesan yang kita sampaikan. Jika kita membangun komunikasi dengan rasa dan sikap saling menghargai dan menghormati, maka kita dapat membangun kerjasama yang menghasilkan sinergi yang akan meningkatkan efektifitas kinerja kita baik sebagai individu maupun secara keseluruhan sebagai sebuah tim.

b. *Empathy*

Empati adalah kemampuan kita untuk menempatkan diri kita pada situasi atau kondisi yang dihadapi oleh orang lain. Untuk bisa berempati, salah satu prasyarat utamanya adalah kemampuan untuk mendengarkan atau mengerti terlebih dulu sebelum didengarkan atau dimengerti oleh orang lain. Rasa empati akan menimbulkan respek atau penghargaan, dan rasa respek akan membangun kepercayaan yang merupakan unsur utama dalam membangun teamwork.

c. *Audible*

Makna dari audible antara lain dapat didengarkan atau dimengerti dengan baik. Jika empati berarti kita harus mendengar terlebih dahulu ataupun mampu menerima umpan balik dengan baik, maka audible berarti pesan yang kita sampaikan dapat diterima oleh penerima pesan. Pesan harus disampaikan melalui media maupun perlengkapan atau alat bantu audio visual yang akan membantu sedemikian hingga pesan dapat diterima dengan baik oleh penerima pesan.

d. *Clarity*

Selain bahwa pesan harus dapat dimengerti dengan baik, pesan yang disampaikan harus jelas sehingga tidak menimbulkan multi interpretasi atau berbagai penafsiran yang berlainan.

e. *Humble*

humble atau sikap rendah hati. Sikap ini merupakan unsur yang terkait dengan hukum pertama untuk membangun rasa menghargai orang lain, biasanya didasari oleh sikap rendah hati yang kita miliki. Sikap Rendah Hati pernah yang pada intinya antara lain: sikap yang penuh melayani (dalam bahasa pemasaran Customer First Attitude), sikap menghargai, mau mendengar dan menerima kritik, tidak sombong dan memandang rendah

orang lain, berani mengakui kesalahan, rela memaafkan, lemah lembut dan penuh pengendalian diri, serta mengutamakan kepentingan yang lebih besar.

5. Aspek/ komponen dari komunikasi efektif?

Terdapat 5 aspek komunikasi efektif, yaitu:

- a. Kejelasan (*Clarity*) → pesan yang disampaikan harus jelas
- b. Ketepatan (*Accuracy*) → informasi yang diberikan adalah benar
- c. Konteks (*Context*) → gaya bicara dan pesan disampaikan dalam situasi yang tepat.
- d. Alur (*Flow*) → pesan disampaikan secara sistematis/ urutannya tepat.
- e. Budaya (*Culture*) → pesan disampaikan sesuai dengan bahasa, gaya bicara, dan norma-etika yang berlaku.

6. Faktor yang mempengaruhi komunikasi efektif

1. Faktor teknis komunikasi

Secara teknis, untuk mencapai komunikasi efektif, komunikasi verbal “memainkan” teknik vocal :

- 1) Speed/ tempo – kecepatan bicara; variatif, jangan terlalu cepat jangan pula terlalu lambat.
- 2) Volume – tinggi-rendah nada bicara, disesuaikan dengan karakter dan jumlah audiens.
- 3) Aksentuasi – penekanan (*stressing*) pada kata-kata tertentu.
- 4) Artikulasi – kejelasan kata demi kata yang diucapkan.
- 5) Projection – memproyeksikan (mengarahkan) suara sampai ke bagian paling belakang ruangan tanpa harus berteriak.
- 6) Pronunciation (Pelafalan) – pelafalan kata demi kata secara jelas dan benar.
- 7) Repetition (pengulangan) – untuk mengulangi kata-kata penting dengan irama yang berbeda.
- 8) Hindari gumaman (*Intruding Sound*) terlalu sering.
- 9) Ringkas, namun jelas. Jangan bertele-tele.

2. Faktor lainnya

Selain teknik komunikasi, faktor berikut ini juga dapat menentukan keefektifan dari komunikasi, antara lain:

- 1) Kepercayaan komunikan terhadap komunikator.
- 2) Kejelasan pesan yang disampaikan.
- 3) Keterampilan komunikasi komunikator
- 4) Daya tarik pesan.
- 5) Kesesuaian isi pesan dengan kebutuhan komunikan.
- 6) Kemampuan komunikan dalam menafsirkan pesan (*decoding*).
- 7) Setting komunikasi kondusif atau nyaman dan menyenangkan.

Jika komunikasi yang kita bangun didasarkan pada hal-hal tersebut di atas maka kita dapat menjadi seorang komunikator yang handal dan pada gilirannya dapat membangun jaringan hubungan dengan orang lain yang penuh dengan penghargaan (*respect*), karena inilah yang dapat membangun hubungan jangka panjang yang saling menguntungkan dan saling menguatkan dengan menjalankan komunikasi efektif di rumah sakit .

7. Cara meningkatkan komunikasi verbal yang efektif

Komunikasi verbal di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan pendekatan komunikasi **SBAR** (*situation – background – assessment – recommendation*) dan **TBAK** (tulisi – baca – konfirmasi kembali).

Komunikasi S B A R

Komunikasi S B A R dilakukan pada

- saat serah terima Pasien (antar shift keperawatan, perpindahan pasien antar unit kerja)
- Saat Petugas melaporkan kondisi pasien kepada Dokter penanggung jawab Pasien (DPJP). Melaporkan:
 - kondisi pasien yang kritis
 - pemeriksaan penunjang dengan hasil nilai kritis
 - kondisi pasien yang mendapat pengobatan dan memerlukan pengawasan khusus
 - kondisi pasien yang memerlukan monitoring ketat

Isi laporan SBAR:

- **S (Situation)** → melaporkan situasi pasien, meliputi: nama pasien, umur, lokasi, masalah yang ingin disampaikan, tanda-tanda vital pasien, kekhawatiran petugas terhadap kondisi pasien.
- **B (Background)** → menyampaikan latar belakang atau masalah pasien sebelumnya
- **A (Assessment)** → menyampaikan penilaian terhadap kondisi pasien dengan menyampaikan masalah saat ini
- **R Recommendation** → menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan.

Komunikasi TBAK

Komunikasi TBAK dilakukan, pada saat:

- Saat petugas menerima instruksi verbal pertelepon/ lisan dari DPJP
- Saat petugas menerima laporan hasil tes kritis/ critical test/ pemeriksaan cito.

Prosedur komunikasi TBAK dilakukan sebagai berikut:

- a. Penerima pesan **menuliskan** pesan lengkap yang disampaikan pengirim di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), meliputi:
 - Tanggal dan jam pesan diterima
 - Isi pesan secara lengkap

- Nama pemberi instruksi dalam kotak stempel KONFIRMASI (penerima pesan membubuhkan stempel KONFIRMASI di sebelah kanan/bawah catatan instruksi)
- Nama penerima pesan
- b. Penerima pesan **Membacakan** kembali instruksi lengkap tersebut kepada pemberi pesan
- c. Pemberi pesan **mengkonfirmasi isi pesan** dengan jawaban **“Ya benar”**
- d. Pemberi pesan/ instruksi **menanda tangani dan menulis tanggal dan jam penandatanganan** dalam kotak stempel KONFIRMASI dalam catatan perkembangan terintegrasi, dalam waktu 1 x 24 jam

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi komunikasi efektif, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan apa saja komponen dari komunikasi efektif?
- 2) Jelaskan faktor apa saja yang mempengaruhi komunikasi efektif?
- 3) Apa bedanya komunikasi SBAR dengan TBAK?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Komponen/ aspek komunikasi efektif, yaitu:
 - a) Kejelasan (*Clarity*, artinya pesan yang disampaikan harus jelas
 - b) Ketepatan (*Accuracy*), informasi yang diberikan adalah benar
 - c) Konteks (*Context*), gaya bicara dan pesan disampaikan dalam situasi yang tepat.
 - d) Alur (*Flow*), pesan disampaikan secara sistematis/ urutannya tepat.
 - e) Budaya (*Culture*), pesan disampaikan sesuai dengan bahasa, gaya bicara, dan norma-etika yang berlaku.
- 2) Faktor yang mempengaruhi komunikasi efektif adalah faktor teknis dan faktor lain. Faktor teknis komunikasi yang mempengaruhi komunikasi efektif pada komunikasi verbal, diantaranya adalah teknik vocal, yaitu sebagai berikut: a) *Speed/ tempo* – kecepatan bicara; harus variatif, jangan terlalu cepat jangan pula terlalu lambat, b) *Volume* – tinggi-rendah nada bicara, disesuaikan dengan karakter dan jumlah audiens, c) *Aksentuasi* – penekanan (*stressing*) pada kata-kata tertentu, d) *Artikulasi* – kejelasan kata demi kata yang diucapkan, e) *Projection* – memproyeksikan (mengarahkan) suara sampai ke bagian paling belakang ruangan tanpa harus berteriak, f) *Pronunciation (Pelafalan)* – pelafalan kata demi kata secara jelas dan benar, g) *Repetition (pengulangan)* – untuk mengulangi kata-kata penting dengan irama yang berbeda, h) *Hindari gumaman (Intruding Sound)* terlalu sering, dan i) *Ringkas, namun jelas*. Jangan bertele-tele.

Selain teknik komunikasi, faktor berikut ini juga dapat menentukan keefektifan dari komunikasi, antara lain: a) Kepercayaan komunikan terhadap komunikator, b) Kejelasan pesan yang disampaikan, c) Keterampilan komunikasi komunikator, d) Daya tarik pesan, e) Kesesuaian isi pesan dengan kebutuhan komunikan, f) Kemampuan komunikan dalam menafsirkan pesan (*decoding*), dan g) Setting komunikasi kondusif atau nyaman dan menyenangkan.

3) Perbedaan komunikasi SBAR dengan TBAK, adalah

Komunikasi S B A R dilakukan pada saat

- serah terima Pasien (antar shift keperawatan, perpindahan pasien antar unit kerja),
- saat Petugas melaporkan kondisi pasien kepada Dokter penanggung jawab Pasien

Sedangkan Komunikasi TBAK dilakukan, pada saat:

- saat petugas menerima instruksi verbal pertelepon/ lisan dari DPJP
- saat petugas menerima laporan hasil tes kritis/ critical test/ pemeriksaan cito.

Ringkasan

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017, menetapkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif. Kegiatan yang dilaksanakan, adalah: 1) Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut, 2) Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut, 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut, 4) Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.
- Untuk meningkatkan komunikasi efektif di fasilitas pelayanan kesehatan digunakan pendekatan komunikasi SBAR dan TBAK
- Prinsip komunikasi meliputi : 1) Pemberi pesan secara lisan memberikan pesan, 2) Penerima pesan menuliskan secara lengkap isi pesan tersebut, 3) Isi pesan dibacakan kembali (*read back*) secara lengkap oleh penerima pesan, 4) Pemberi pesan memverifikasi isi pesan kepada pemberi penerima pesan, 5) Penerima pesan megklarifikasi ulang bila ada perbedaan pesan dengan hasil verifikasi.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat

- 1) Salah satu aturan dalam mengembangkan komunikasi yang efektif adalah sikap menghargai dan menghormati setiap individu yang menjadi sasaran pesan yang kita sampaikan. Sikap seperti disebut
 - A. respect
 - B. empathy
 - C. audible
 - D. clarity

- 2) Komunikasi dengan pendekatan TBAK, dilakukan perawat pada saat:
 - A. serah terima Pasien antar shift dinas
 - B. melaporkan kondisi pasien kepada Dokter
 - C. menerima laporan hasil pemeriksaan laboratorium
 - D. melaporkan hasil pemeriksaan laboratorium yang penting

- 3) Berikut ini adalah faktor teknis yang mempengaruhi komunikasi efektif
 - A. kepercayaan komunikan terhadap komunikator
 - B. ringkas dan jelas, tidak bertele-tele
 - C. kejelasan pesan yang disampaikan
 - D. daya tarik pesan

- 4) Pada saat dinas di ruang perawatan RS Anda mendapatkan seorang pasien mengalami kondisi kritis. Tindakan Anda setelah memeriksa pasien, adalah:
 - A. melakukan intervensi sesuai instruksi dokter
 - B. melaporkan kondisi pasien dengan komunikasi SBAR
 - C. melakukan observasi tanda vital dan tingkat kesadaran
 - D. melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dengan teknik TBAK

- 5) Pada saat Anda melaporkan kondisi pasien kepada dokter penanggung jawab, urutan/ tahapan isi laporan yang disampaikan, adalah
 - A. situasi pasien dan kekhawatiran Anda → masalah pasien sebelumnya → saran Anda → penilaian tentang pasien saat ini
 - B. masalah pasien sebelumnya → situasi pasien dan kekhawatiran Anda → saran Anda → penilaian tentang pasien saat ini
 - C. penilaian tentang pasien saat ini → kondisi pasien → masalah pasien sebelumnya → saran
 - D. situasi pasien dan kekhawatiran Anda → masalah pasien sebelumnya → penilaian tentang pasien saat ini → saran Anda

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 2 yang terdapat di bagian akhir Bab 5 ini.

Topik 3

Meningkatkan Keamanan Obat-obatan yang Harus Diwaspadai

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, disebutkan bahwa sasaran keselamatan ketiga adalah meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai. dan fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.

1. Pengertian obat-obatan yang perlu diwaspadai

Obat yang perlu diwaspadai (*High-Alert Medications*) adalah sejumlah obat-obatan yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya yang besar pada pasien jika tidak digunakan secara tepat (*drugs that bear a heightened risk of causing significant patient harm when they are used in error* (ISMP - Institute for Safe Medication Practices). Obat yang perlu diwaspadai (*High-Alert Medications*) merupakan obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadinya kesalahan/ error dan/ atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) termasuk obat-obat yang tampak mirip (nama obat, rupa dan "ucapan mirip, NORUM atau *Look-Alike Sound-Alike*, LASA, termasuk pula elektrolit konsentrasi tinggi.

Jadi, obat yang perlu diwaspadai merupakan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi, terdaftar dalam kategori obat berisiko tinggi, dapat menyebabkan cedera serius pada pasien jika terjadi kesalahan dalam penggunaan.

2. Tujuan dari meningkatkan keamanan obat-bat yang perlu diwaspadai

Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dapat menyebabkan terjadi kesalahan/ error dan/ atau kejadian sentinel (*sentinel event*). Obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*). Demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look-Alike Sound-Alike/ LASA*) (PMK. No. 11 Th. 2017).

Tujuan penerapan sasaran keselamatan pasien meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, adalah:

- a. Memberikan pedoman dalam manajemen dan pemberian obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) sesuai standar pelayanan farmasi dan keselamatan pasien rumah sakit.
- b. Meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit.
- c. Mencegah terjadinya *sentinel event* atau *adverse outcome*
- d. Mencegah terjadinya kesalahan/ error dalam pelayanan obat yang perlu diwaspadai kepada pasien.
- e. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

3. Kegiatan yang harus dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 disebutkan bahwa kegiatan yang dilaksanakan untuk meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, adalah:

- a. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai
- b. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
- c. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.
- d. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

4. Obat –obat yang perlu di waspadai

Obat yang perlu diwaspadai dapat dibedakan menjadi:

- a. Kelompok obat yang memiliki rupa mirip (*Look-Alike*)



(Sumber: http://lancastria.net/blog/wp-content/uploads/2010/11/Hydralazine_lancastria.jpg)
Gambar 3.1 Contoh Obat *Look Alike* (memiliki rupa mirip)

b. Kelompok obat yang memiliki nama mirip (*Sound-Alike*)



Gambar 3.2 Contoh Obat *Sound Alike* (memiliki nama mirip)
(Sumber: <https://altruisticobserver.files.wordpress.com/2011/12/lasa2.png>)

Kelompok obat Look Alike Sound Alike (LASA)



(Sumber: <https://image.slidesharecdn.com/skp-160318072220/95/skp-47-638.jpg?cb=1458304003>)



(Sumber: http://a.abcnews.com/images/Blotter/ht-CIPROFLOXACIN_100301_ssh.jpg)

Gambar 3.3 Contoh Obat *Look Alike Sound Alike* (LASA)

c. Kelompok obat elektrolit konsentrasi tinggi

Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja, misalnya:

- Kalium/Potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]),
- Kalium/Potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)],
- Natrium/sodium klorida [lebih pekat dari 0.9%], dan
- Magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat]

Kesalahan ini bisa terjadi bila:

- staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien,
- perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi.

Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

5. Area pelayanan yang membutuhkan elektrolit konsentrat

Berdasarkan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien maka unit yang dinilai membutuhkan penempatan elektrolit konsentrasi tinggi di unit pelayanan hanya berada di :

- a. Intensive care unit (ICU)
- b. Instalasi gawat darurat (IGD)
- c. Kamar operasi

Elektrolit konsentrat tidak boleh berada di ruang perawatan, kecuali di ruang tersebut di atas, dengan syarat disimpan di tempat terpisah, akses terbatas, jumlah terbatas dan diberi label yang jelas untuk menghindari penggunaan yang tidak disengaja.

Peresepan, penyimpanan, penyiapan, pemberian elektrolit konsentrat di ruangan tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku tentang manajemen obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications)

6. Cara penyimpanan obat yang harus diwaspadai

a. Lokasi penyimpanan

Obat yang perlu diwaspadai berada di logistik farmasi dan pelayanan farmasi, khusus untuk elektrolit konsentrasi tinggi terdapat juga di unit pelayanan, yaitu ICU dan kamar bersalin(VK) dalam jumlah yang terbatas. Obat disimpan sesuai dengan kriteria penyimpanan perbekalan farmasi, utamanya dengan memperhatikan jenis sediaan obat (rak/kotak penyimpanan, lemari pendingin), sistem FIFO dan FEFO serta ditempatkan sesuai ketentuan obat “High Alert”

b. Penyimpanan Elektrolit Konsentrasi Tinggi

- 1) Asisten apoteker (logistik farmasi / pelayanan farmasi) yang menerima obat segera memisahkan obat yang termasuk kelompok obat yang “High Alert” sesuai Daftar Obat High alert di RSUD Sari Mutiara Medan
- 2) Tempelkan stiker merah bertuliskan “High Alert” pada setiap kemasan obat high alert.
- 3) Berikan selotip merah pada sekeliling tempat penyimpanan obat high alert yang terpisah dari obat lain

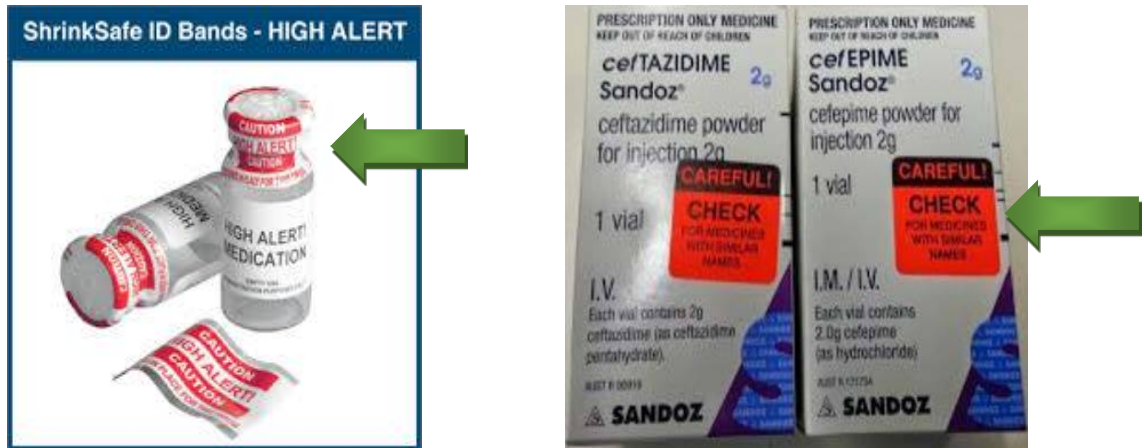
c. Penyimpanan obat LASA

- 1) LASA (*look alike sound alike*) merupakan sebuah peringatan (*warning*) untuk keselamatan pasien (*patient safety*) : obat-obatan yang bentuk / rupanya mirip dan pengucapannya / namanya mirip tidak boleh diletakkan berdekatan.
- 2) Walaupun terletak pada kelompok abjad yang sama harus diselingi dengan minimal (dua) obat dengan kategori LASA diantara atau ditengahnya.
- 3) Biasakan mengeja nama obat dengan kategori LASA saat memberi/menerima instruksi

d. Pemberian LABEL

Label untuk obat yang perlu diwaspadai dapat dibedakan menjadi dua jenis :

- 1) **HIGHT ALERT** untuk elektrolit konsentrasi tinggi, jenis injeksi atau infuse tertentu, mis. heparin, insulin, dll.
→ Penandaan obat High Alert dilakukan dengan stiker Hight Alert Double Check” pada obat.
- 2) LASA untuk obat-obat yang termasuk kelompok LASA/NORUM
→ Obat kategori Look Alike Sound Alike (LASA) diberikan penanda dengan stiker LASA pada tempat penyimpanan obat.
→ Apabila obat dikemas dalam paket untuk kebutuhan pasien, maka diberikan tanda LASA pada kemasan primer obat.



(Sumber: <https://image.slidesharecdn.com/pengelolaanperbekalanfarmasinarkotikadanpengelolaansertapenangananlasa->)

Gambar 3.4 Contoh Labeling Obat Look Alike

e. Penyimpanan obat HIGHT ALERT

- 1) Apoteker/ asisten apoteker memverifikasi resep obat high alert sesuai Pedoman Pelayanan farmasi penangana High Alert
- 2) Garis bawah setiap obat high alert pada lembar resep dengan tinta merah.
- 3) Jika apoteker tidak ada di tempat, maka penanganan obat high alert dapat didelegasikan pada asisten apoteker yang sudah ditentukan.
- 4) Dilakukan pemeriksaan kedua oleh petugas farmasi yang berbeda sebelum obat diserahkan kepada perawat
- 5) Petugas farmasi pertama dan kedua, membubuhkan tanda tangan dan nama jelas di bagian belakang resep sebagai bukti telah dilakukan double check.
- 6) Obat diserahkan kepada perawat/pasien disertai dengan informasi yang memadai dan menandatangani buku serah terima obat rawat inap.

7. Cara penyiapan obat HIGH ALERT

Pemberian elektrolit konsentrat di ruangan tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku tentang manajemen obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications)

a. Penyimpanan Obat yang perlu diwaspadai (High Alert) diruang perawatan

Penyiapan dan pemberian obat kepada pasien yang perlu diwaspadai termasuk elektrolit konsentrasi tinggi harus memperhatikan kaidah berikut:

- 1) Setiap pemberian obat menerapkan PRINSIP 7 BENAR
- 2) Pemberian elektrolit pekat harus dengan pengenceran dan penggunaan label khusus.
- 3) Pastikan pengenceran dan pencampuran obat dilakukan oleh orang yang berkompeten.
- 4) Pisahkan atau beri jarak penyimpanan obat dengan kategori LASA
- 5) Tidak menyimpan obat kategori kewaspadaan tinggi di meja dekat pasien tanpa pengawasan.

- 6) Biasakan mengeja nama obat dengan kategori obat (LASA/NORUM) Look Alike Sound Alike = nama obat mirip rupa, saat memberi / menerima instruksi.

b. Cara pengenceran obat yang perlu diwaspadai (Hight Alert) diruang perawatan

- 1) KCL 7,46 % injeksi (Konsentrasi sediaan yang ada adalah 1mEq=1ml) harus diencerkan sebelum digunakan dengan perbandingan 1ml KCL : 1 ml pelarut (WFI/Nacl 0,9%). Konsentrasi dalam larutan maksimum adalah 10meQ/10ml. Pemberian KCL melalui perifer diberikan secara perlahan-lahan dengan kecepatan infuse 10meQ/jam (atau 10meQKCL dalam 100ml pelarut/jam. Pemberian obat KCL melalui central line (vena sentral) konsentrasi maksimum adalah 20mEq/100ml kecepatan infuse maksimal 20mEq KCL dalam 100ml pelarut/jam.
- 2) Nacl 0,3 % injeksi intervena diberikan melalui vena sentral dengan kecepatan infuse tidak lebih dari 100ml/jam.
- 3) Atrium bicarbonat (Meylon vial 8,4%) injeksi, harus diencerkan sebelum digunakan. Untuk penggunaan bolus, diencerkan dengan perbandingan 1ml Na Bicarbonat : 1 ml pelarut WFI untuk pemberian bolus dengan kecepatan maksimum 10mEq/menit untuk penggunaan infuse drip, diencerkan dengan perbandingan 0,5ml Na Bicarbonat : 1ml Dextrose 5% pemberian drip infuse dilakukan dengan kecepatan maksimum 1mEq/ Kg BB/Jam

c. Cek 7 (Tujuh) Benar Obat Pasien

Setiap penyerahan obat kepada pasien dilakukan verifikasi 7 (tujuh) benar untuk mencapai *medication safety*

- 1) Benar obat
- 2) Benar waktu dan frekuensi pemberian.
- 3) Benar dosis.
- 4) Benar rute pemberian.
- 5) Benar identitas pasien
 - Kebenaran nama pasien
 - Kebenaran nomor rekam medis pasien
 - Kebenaran umur/tanggal lahir pasien
 - Kebenaran alamat rumah pasien
 - Nama DPJP
- 6) Benar informasi
- 7) Benar dokumentasi

8. Cara pemberian Obat yang perlu diwaspadai di ruang perawatan

- a. Sebelum perawat memberikan obat high alert kepada pasien maka perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali (*double check*) secara independent.
 - 1) Kesesuaian antara obat dengan rekam medik/instruksi dokter.

- 2) Ketepatan perhitungan dosis obat.
 - 3) Identitas pasien.
- b. Obat high alert infus harus dipastikan :
- 1) Ketepatan kecepatan pompa infus (infuse pump).
 - 2) Jika obat lebih dari satu, tempelkan label nama obat pada syringe pump dan di setiap ujung jalur selang.
- c. Obat high alert elektrolit konsentrasi tinggi harus diberikan sesuai perhitungan standar yang telah baku, yang berlaku di semua ruang perawatan.
- d. Setiap kali pasien pindah ruang rawat, perawat pengantar menjelaskan kepada perawat penerima pasien bahwa pasien mendapatkan obat high alert dan menyerahkan formulir pencatatan obat.
- e. Dalam keadaan emergency yang dapat menyebabkan pelabelan dan tindakan pencegahan terjadinya kesalahan obat high alert dapat mengakibatkan tertundanya pemberian terapi dan memberikan dampak yang buruk pada pasien, maka dokter dan perawat harus memastikan terlebih dahulu keadaan klinis pasien yang membutuhkan terapi segera (cito) sehingga double check dapat tidak dilakukan, namun sesaat sebelum memberikan obat, perawat harus menyebutkan secara lantang semua jenis obat yang diberikan kepada pasien sehingga diketahui dan didokumentasikan dengan baik oleh perawat yang lainnya.

LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian dari Obat yang perlu diwaspadai?
- 2) Jelaskan cara penyiapan dan pemberian obat yang perlu diwaspadai di ruang perawatan?
- 3) Jelaskan penggunaan LABEL untuk obat yang perlu diwaspadai

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

1. Obat yang perlu diwaspadai (High-Alert Medications) adalah sejumlah obat-obatan yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya yang besar pada pasien jika tidak digunakan secara tepat (drugs that bear a heightened risk of causing significant patient harm when they are used in error (ISMP - Institute for Safe Medication Practices). Obat yang perlu diwaspadai (High-Alert Medications) merupakan obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadinya kesalahan/ error dan/ atau kejadian sentinel (sentinel event), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) termasuk obat-obat yang tampak mirip (nama obat, rupa dan "ucapan mirip, NORUM atau Look-Alike Sound-Alike, LASA, termasuk pula elektrolit.

2. Cara penyiapan dan pemberian obat yang perlu diwaspadai (*High Alert*) termasuk elektrolit konsentrasi tinggi di ruang perawatan, adalah sebagai berikut:
 - a. Setiap pemberian obat menerapkan PRINSIP 7 BENAR
 - b. Pemberian elektrolit pekat harus dengan pengenceran dan penggunaan label khusus.
 - c. Pastikan pengenceran dan pencampuran obat dilakukan oleh orang yang berkompeten.
 - d. Pisahkan atau beri jarak penyimpanan obat dengan kategori LASA
 - e. Tidak menyimpan obat kategori kewaspadaan tinggi di meja dekat pasien tanpa pengawasan.
 - f. Biasakan mengeja nama obat dengan kategori obat LASA/NORUM) Look Alike Sound Alike = nama obat mirip rupa, saat memberi / menerima instruksi.

3. Penggunaan LABEL untuk obat yang perlu diwaspadai, adalah sebagai berikut:
 - Label untuk obat yang perlu diwaspadai dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:
 - a. HIGHT ALERT untuk elektrolit konsentrasi tinggi, jenis injeksi atau infuse tertentu, mis. heparin, insulin, dll. → Penandaan obat High Alert ini dilakukan dengan stiker Hight Alert Double Check” pada obat.
 - b. LASA untuk obat-obat yang termasuk kelompok LASA/NORUM:
 - Obat kategori Look Alike Sound Alike (LASA) diberikan penanda dengan stiker LASA pada tempat penyimpanan obat.
 - Apabila obat dikemas dalam paket untuk kebutuhan pasien, maka diberikan tanda LASA pada kemasan primer obat.

Ringkasan

- Obat yang perlu diwaspadai merupakan obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadinya kesalahan/ error dan/ atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) termasuk obat-obat yang tampak mirip (nama obat, rupa dan "ucapan mirip, NORUM atau *Look-Alike Sound-Alike*, LASA, termasuk pula elektrolit konsentrasi tinggi.
- Tujuan penerapan sasaran keselamatan pasien meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, adalah: 1) Memberikan pedoman dalam manajemen dan pemberian obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) sesuai standar pelayanan farmasi dan keselamatan pasien rumah sakit, 2) Meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit, 3) Mencegah terjadinya *sentinel event* atau *adverse outcome*, 4) Mencegah terjadinya kesalahan/ error dalam pelayanan obat yang perlu diwaspadai kepada pasien, 5) Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
- Sebelum perawat memberikan obat high alert kepada pasien maka perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali (*double check*) secara independent., meliputi: 1) Kesesuaian antara obat dengan rekam medik/instruksi dokter, 2) Ketepatan perhitungan dosis obat, dan 3) Identitas pasien

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 6) Perawat A masih asing dengan obat yang diresepkan untuk Pasien dengan Sarcoidosis. Untuk mendapatkan informasi yang tepat, Perawat A harus berkonsultasi pada:
- f. Buku Referensi Obat Dokter yang ada di ruangan
 - g. Buku Farmakologi dari perpustakaan
 - h. Panduan obat perawat yang telah disahkan oleh rumah sakit
 - i. Informasi yang didapat dari website pabrik obat tersebut
- 7) Perawat B menyiapkan pemberian obat antibiotic kapsul untuk seorang pasien. Di lemari obat pasien, Perawat B mengenali bentuk dan warna kapsul, tetapi dosis kapsul tersebut tidak tercantum pada bungkusnya. Perawat B harus:
- f. Berikan saja obat tersebut karena penampilan kapsulnya sama seperti penampilan dosis yang lalu.
 - g. Menghubungi petugas farmasi untuk dosis yang baru dan lengkap dengan labelnya.
 - h. Minta pada dokter untuk memverifikasi kapsul yang benar
 - i. Minta perawat jaga untuk menghubungi departemen manajemen risiko
- 8) Perawat-perawat Ruang Penyakit Dalam mencatat adanya peningkatan Phlebitis di area pemasangan infus. Sebagai bagian dari proyek peningkatan kualitas yaitu Rencana (Plan), Lakukan (Do), Pelajari (Study), dan Tindakan (Act), langkah manakah yang mulai lebih dulu?
- f. Lakukan audit catatan keperawatan
 - g. Analisa data
 - h. Memutuskan untuk memonitor kassa balutan infus
 - i. Menulis standard operasional prosedur pemasangan infus yang baru
- 9) Selama pemasangan kateter infus perifer, Perawat C mencatat bahwa Perawat D yang memasang telah membuat sarung tangan steril terkontaminasi. Keluarga ada di ruangan. Perawat C harus:
- f. Secara verbal mengatakan bahwa sarung tangannya telah terkontaminasi
 - g. Minta keluarga untuk meninggalkan ruangan, lalu katakan pada Perawat D bahwa sarung tangannya telah terkontaminasi
 - h. Laporkan kejadian ini pada perawat pengawas
 - i. Tidak mengatakan apa-apa, dan memonitor pasien terhadap tanda infeksi selama dirawat di ruangan tersebut

- 10) Manakah dari langkah-langkah dibawah ini yang tidak membantu menurunkan kesalahan pada pemberian obat untuk pasien anak?
- f. Hanya menggunakan alat bantu oral untuk pengobatan oral
 - g. Menambahkan langkah tambahan pada prosedur pemberian obat
 - h. Menurunkan dosis tinggi dari obat *high alert* ke dosis minimum
 - i. Batasi ukuran botol infus untuk pasien anak kecil

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 3 yang terdapat di bagian akhir Bab 5 ini.

Topik 4

Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan Pasien yang Benar

Sasaran keselamatan pasien ke empat adalah: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar. Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.

1. Pengertian

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa (WHO, 2009). Data World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa selama lebih dari satu abad perawatan bedah telah menjadi komponen penting dari perawatan kesehatan di seluruh dunia. Diperkirakan setiap tahun ada 230 juta operasi utama dilakukan di seluruh dunia, satu untuk setiap 25 orang hidup. Rumah sakit wajib mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien. Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan sering terjadi di rumah sakit/ fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Maksud dan Tujuan

Tujuan rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien adalah mencegah dan menurunkan angka kejadian salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi.

3. Faktor yang berkontribusi pada kesalahan

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kesalahan (Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi) ini adalah akibat dari:

- i. komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah,
- ii. kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan
- iii. tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.
- iv. asesmen pasien yang tidak adekuat,
- v. penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat,
- vi. budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah,
- vii. permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*)
- viii. pemakaian singkatan yang tidak lazim

4. Kebijakan

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini.
- b. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/disorder pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik.
- c. Kebijakan tersebut berlaku atas setiap lokasi di fasilitas pelayanan kesehatan dimana prosedur ini dijalankan.
- d. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety (2009), juga di The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery.
- e. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti.
- f. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (laterality), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang).

5. Kegiatan yang dilaksanakan:

Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/pemberi tanda.

1. Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
2. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur "sebelum insisi/*time-out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
3. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/ dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

Prinsip-prinsip untuk Solusi ini harus diterapkan ke semua area di mana intervensi dilakukan dan, bila digunakan, strategi tersebut harus dilakukan secara seragam di semua area prosedural setiap saat untuk memberikan konsistensi dan kepatuhan yang meningkat.

6. Tindakan yang disarankan

Strategi berikut harus dipertimbangkan oleh Negara Anggota WHO.

- a. Tetapkan kinerja pembedahan yang benar di tempat tubuh yang benar sebagai prioritas keamanan fasilitas perawatan kesehatan yang memerlukan kepemimpinan dan keterlibatan aktif semua praktisi garis depan dan petugas layanan kesehatan lainnya.
- b. Pastikan bahwa organisasi perawatan kesehatan memiliki protokol yang:
 - Memberikan verifikasi - pada tahap preprocedure - pasien, prosedur, lokasi, dan, sebagaimana yang berlaku, setiap implan atau prostesis.
 - Mengharuskan individu melakukan prosedur untuk secara jelas menandai lokasi operasi dengan keterlibatan pasien, untuk mengidentifikasi lokasi insisi atau insersi dengan benar.
 - Mengharuskan kinerja "*time-out*" dengan semua staf yang terlibat segera sebelum memulai prosedur (dan anestesi terkait). Batas waktu adalah untuk menetapkan kesepakatan mengenai posisi pasien yang dimaksud pada tabel prosedur, prosedur, lokasi, dan, jika ada, implan atau prostesis apapun.

Keterangan:

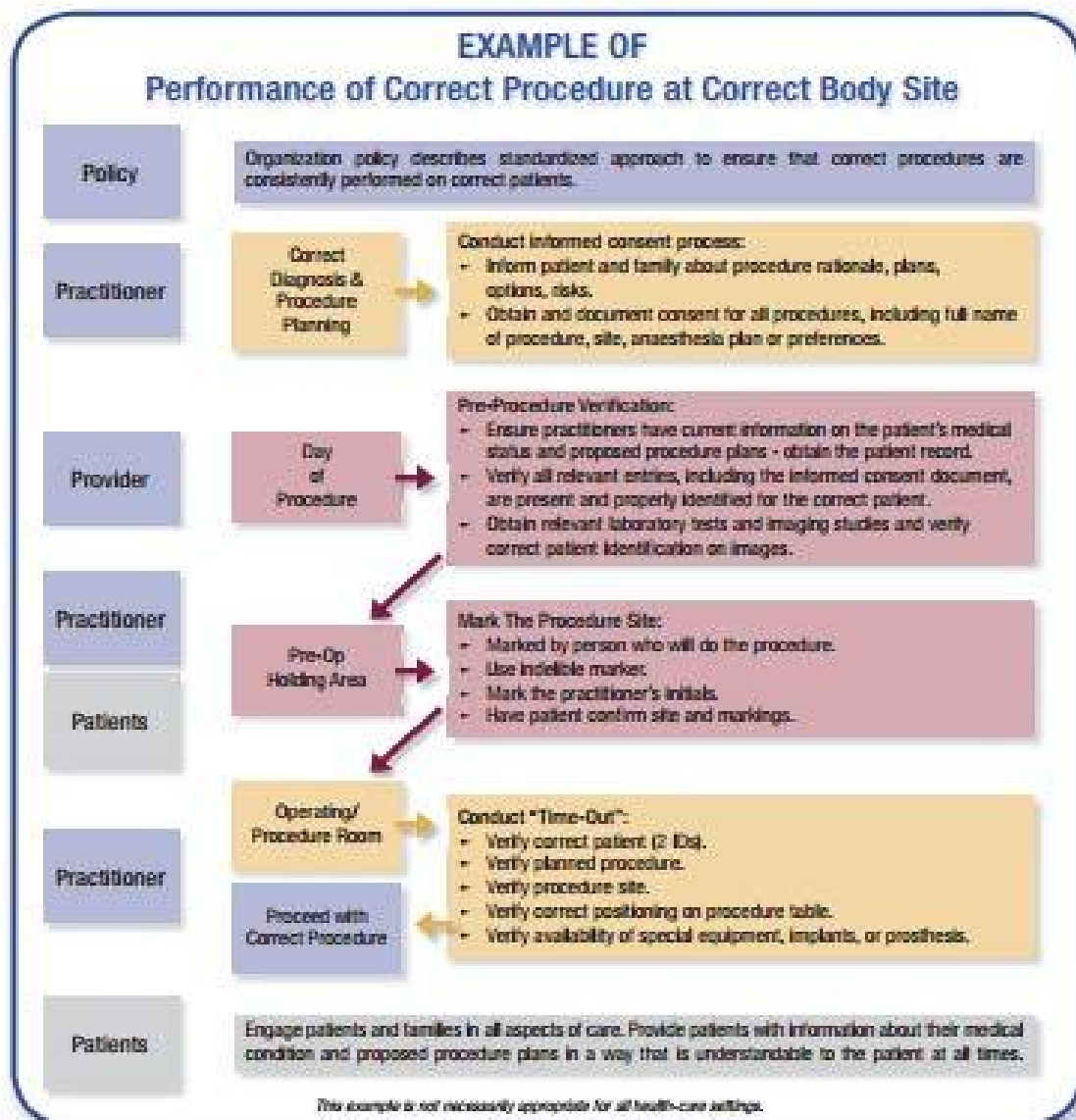
"*Time out*" adalah periode yang dialokasikan secara khusus dimana tidak ada aktivitas klinis yang sedang berlangsung. Selama masa ini, semua anggota tim secara independen memverifikasi tindakan klinis yang akan datang. Mencegah Wrong-Patient, Wrong-Site, Wrong Procedure Events

7. Keterlibatan pasien dan keluarga:

- Libatkan pasien di semua titik dalam proses verifikasi pra operasi untuk menegaskan kembali kepada staf prosedur tentang pemahaman mereka terhadap prosedur yang direncanakan.
- Libatkan pasien dalam proses penandaan di tempat operasi, bila memungkinkan.
- Diskusikan masalah ini selama proses informed consent dan konfirmasi keputusan pada saat tanda tangan untuk mendapatkan persetujuan.

8. Hambatan potensial:

- Kurangnya "perjanjian" ahli bedah dengan pendekatan standar dan kesulitan untuk mengubah budaya.
- Gagal mengenali risiko dalam pengaturan prosedural selain ruang operasi.
- Keengganan perawat dan staf lainnya untuk menanyai ahli bedah bila ada kemungkinan kesalahan diidentifikasi.
- Sumber daya dan pengetahuan manusia yang tidak memadai untuk memudahkan proses ditantang.
- Perilaku "rutinitas" selama proses *time-out* ("berjalan sesuai" tapi tanpa komunikasi yang berarti).
- Kurangnya penelitian, data, dan pertimbangan ekonomi yang diterima secara umum mengenai analisis biaya-manfaat atau pengembalian investasi (ROI) untuk menerapkan rekomendasi ini.



Sumber: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution4.pdf>

Gambar 4.1 Contoh Performa yang benar dari Prosedur Menandai Sisi Tubuh yang Benar

9. Penandaan lokasi operasi dan ceklist keselamatan pasien pra operasi

- a. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali.
- b. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/ orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat.

- c. Penandaan lokasi operasi ditandai dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multipel level (tulang belakang).
- d. Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. Time out dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi.
- e. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, dengan menggunakan ceklist.

10. Teknik penandaan lokasi operasi

Berikut merupakan teknik yang dilakukan dalam penandaan lokasi operasi:

- a. Pasien diberi tanda saat *informed consent* telah dilakukan
- b. Penandaan dilakukan sebelum pasien berada di kamar operasi
- c. Pasien harus dalam keadaan sadar saat dilakukan penandaan lokasi operasi
- d. Tanda yang digunakan dapat berupa: tanda panah / tanda ceklist
- e. Penandaan dilakukan sedekat mungkin dengan lokasi operasi
- f. Penandaan dilakukan dengan spidol hitam (anti luntur, anti air) dan tetap terlihat walau sudah diberi desinfektan.
- g. Bagian organ mana yang perlu dilakukan penandaan adalah semua tempat yang melibatkan insisi kulit dan lateralisasi harus ditandai.
- h. Bila operasi dilakukan di sekitar orifisium maka penandaan dilakukan disebelahnya dengan tanda panah.

11. Yang berhak melakukan penandaan lokasi operasi

- a. Dokter Bedah
- b. Asisten dokter
- c. Pihak yang diberi pendelegasian (perawat bedah)

12. Tindakan operasi yang tidak memerlukan penandaan

- a. Prosedur endoskopi
 - b. Kateterisasi jantung
 - c. Prosedur yang mendekati atau melalui garis midline tubuh: SC, Histerektomi, Tyroidektomi, laparatomi
 - d. Pencabutan gigi
 - e. Operasi pada membran mukosa
 - f. Perineum
 - g. Kulit yang rusak
 - h. Operasi pada bayi dan neonatus
 - i. Pada lokasi lokasi intra organ seperti mata dan organ THT maka penandaan dilakukan pada daerah yang mendekati organ berupa tanda panah.
- Operasi yang tidak dilakukan penandaan diverifikasi pada saat time out.

13. Ceklist keselamatan pasien pra operasi

Kematian dan komplikasi akibat pembedahan dapat dicegah. Salah satu pencegahannya dapat dilakukan dengan *surgical safety checklist*. *Surgical Safety Checklist* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari the briefing phase, the time out phase, the debriefing phase sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Safety & Compliance, 2012).

Manual ini menyediakan petunjuk penggunaan checklist, saran untuk implementasi, dan rekomendasi untuk mengukur pelayanan pembedahan dan hasilnya. Setting praktek yang berbeda harus mengadapatasi sesuai dengan kemampuan mereka. Tiap poin checklist sudah berdasarkan bukti klinis atau pendapat ahli dimana yang akan mengurangi kejadian yang serius, mencegah kesalahan pembedahan, dan hal ini juga mempengaruhi kejadian yang tidak diharapkan atau biaya tidak terduga. Checklist ini juga dirancang untuk kemudahan dan keringkasan.

Banyak langkah yang sudah diterima sebagai praktek yang rutin di berbagai fasilitas di seluruh dunia walaupun jarang diikuti oleh keseluruhan. Tiap bagian bedah harus praktek dengan checklist dan mengevaluasi bagaimana kesensitivan integrasi checklist ini dengan alur operasi biasanya. Tujuan utama dari WHO surgical safety checklist-dan manualnya-untuk membantu mendukung bahwa tim secara konsisten mengikuti beberapa langkah keselamatan yang kritis dan meminimalkan hal yang umum dan risiko yang membahayakan dan dapat dihindari dari pasien bedah. Checklist ini juga memandu interaksi verbal antar tim sebagai arti konfirmasi bahwa standar perawatan yang tepat dipastikan untuk setiap pasien.

Untuk mengimplementasikan checklist selama pembedahan, seorang harus bertanggungjawab untuk melakukan pengecekan checklist. Hal ini diperlukan seorang checklist koordinator biasanya perawat sirkuler tapi dapat berarti setiap klinisi yang berpartisipasi dalam operasi.

Checklist membedakan operasi menjadi 3 fase dimana berhubungan dengan waktu tertentu seperti pada prosedur normal:

- periode sebelum induksi anestesi,
- setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan dan
- periode selama atau setelah penutupan luka tapi sebelum pasien masuk RR.

Dalam setiap fase, ceklist koordinator harus diijinkan mengkonfirmasi bahwa tim sudah melengkapi tugasnya sebelum proses operasi dilakukan. Tim operasi harus familiar

dengan langkah dalam ceklist, sehingga mereka dapat mengintegrasikan ceklist tersebut dalam pola normal sehari-hari dan dapat melengkapi secara verbal tanpa intervensi dari koordinator ceklist.

Setiap tim harus menggabungkan penggunaan ceklist ke dalam pekerjaan dengan efisiensi yang maksimum dan gangguan yang minimal selama bertujuan untuk melengkapi langkah secara efektif.

14. Tiga fase operasi:

a. Fase Sign in

Fase Sign In adalah fase sebelum induksi anestesi, koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, oksimeter pulse pada pasien berfungsi. Koordinator dengan profesional anestesi mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi.

b. Fase Time Out

Fase Time Out adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.

c. Fase Sign Out

Fase Sign Out adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah akhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (Surgery) & Apakah pasien sudah dikonfirmasi identitasnya, tempat operasi, prosedur dan persetujuan?

Koordinator ceklist secara verbal mengkonfirmasi identitas pasien, tipe prosedur yang akan dilaksanakan, tempat pembedahan, dan persetujuan pembedahan yang sudah diberikan. Walau hal ini terlihat berulang kali, namun langkah ini penting untuk memastikan tim tidak mengoperasi pasien yang salah atau bagian yang salah atau melakukan prosedur yang salah. Saat konfirmasi dengan pasien tidak mungkin dilakukan seperti pada kasus anak atau pasien yang cacat, pengasuh atau keluarga dapat menggantikan peran pasien. Jika pengasuh atau keluarga tidak ada (Lives, 2008).

Setiap langkah harus dicek secara verbal dengan anggota tim yang sesuai untuk memastikan bahwa tindakan utama telah dilakukan. Oleh karena itu, sebelum induksi anstesi, koordinator ceklist secara verbal akan mereview dengan anstesist dan pasien (jika mungkin) bahwa identitas pasien sudah dikonfirmasi, bahwa prosedur dan tempat yang

dioperasi sudah benar dan persetujuan untuk pembedahan sudah dilakukan. Koordinator akan melihat dan mengkonfirmasi secara verbal bahwa tempat operasi sudah ditandai (jika mungkin) dan mereview dengan anestesist risiko kehilangan darah pada pasien, kesulitan jalan napas dan reaksi alergi dan mesin anesthesi serta pemeriksaan medis sudah lengkap. Idealnya ahli bedah akan hadir pada fase sebelum anestesi ini sehingga mempunyai ide yang jelas untuk mengantisipasi kehilangan darah, alergi, atau komplikasi pasien yang lain. Bagaimanapun juga, kehadiran ahli bedah tidak begitu penting untuk melengkapi ceklist ini.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan faktor yang berkontribusi terhadap kesalahan (salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi)
- 2) Bagaimanakah penandaan lokasi operasi dan ceklist keselamatan pasien pra operasi?
- 3) Siapakah yang berhak melakukan penandaan lokasi operasi?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

1. Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.
2. Hal yang harus diperhatikan pada penandaan lokasi operasi dan ceklist keselamatan pasien pra operasi, adalah: a) Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali, b) Tanda itu Penandaan lokasi operasi harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/ orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat, c) ditandai dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multipel level (tulang belakang), d) Tahap “Sebelum insisi” (Time out) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. Time out dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi, e) Rumah

sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, dengan menggunakan ceklist.

3. Teknik yang dilakukan dalam penandaan lokasi operasi, adalah sebagai berikut:
 - a. Pasien diberi tanda saat *informed consent* telah dilakukan
 - b. Penandaan dilakukan sebelum pasien berada di kamar operasi
 - c. Pasien harus dalam keadaan sadar saat dilakukan penandaan lokasi operasi
 - d. Tanda yang digunakan dapat berupa: tanda panah / tanda ceklist
 - e. Penandaan dilakukan sedekat mungkin dengan lokasi operasi
 - f. Penandaan dilakukan dengan spidol hitam (anti luntur, anti air) dan tetap terlihat walau sudah diberi desinfektan.
 - g. Bagian organ mana yang perlu dilakukan penandaan adalah semua tempat yang melibatkan insisi kulit dan lateralisasi harus ditandai.
 - h. Bila operasi dilakukan di sekitar orifisium maka penandaan dilakukan disebelahnya dengan tanda panah.

Ringkasan

- Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa (WHO, 2009).
- Tujuan rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien adalah mencegah dan menurunkan angka kejadian salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi.
- Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/pemberi tanda. Kegiatan yang dilakukan fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi: a) Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional, b) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan, dan c) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.
- Yang berhak melakukan penandaan lokasi operasi adalah Dokter Bedah, Asisten dokter, dan pihak yang diberi pendelegasian (perawat bedah)
- Hal yang harus diperhatikan terkait penandaan lokasi operasi: a) Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali, b) Tanda

itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/ orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat, c) Penandaan lokasi operasi ditandai dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (laterality), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multipel level (tulang belakang), d) Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi, e) Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, dengan menggunakan ceklist.

Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Tujuan keselamatan pasien dari Joint Commission on Accreditation Hospital Organization (JCAHO) mencakup perawatan dan penggunaan teknologi yang efisien di kamar operasi dan di tempat lain di fasilitas kesehatan. Sebagai kepala perawat di kamar operasi, bagaimana Anda bisa meningkatkan keefektifan sistem alarm klinis?
 - a. Batasi pemasok obat hanya beberapa saja sehingga kualitasnya terjaga
 - b. Menerapkan inventaris persediaan dan peralatan secara teratur
 - c. Kepatuhan terhadap rekomendasi pabrik
 - d. Terapkan perawatan rutin dan pengujian system alarm

- 2) Perawat melakukan persiapan kulit untuk pasien yang menjalani operasi merupakan tanggung jawab perawat pre-operasi. Jika rambut di tempat operasi tidak dicukur, apa yang harus dilakukan untuk membuat penjahitan mudah dan mengurangi kemungkinan infeksi insisi?
 - A. Terbungkus.
 - B. Diikat.
 - C. Digunting
 - D. Dijaga untuk tetap kering

- 3) Perawat memegang berbagai peran saat memberikan perawatan kepada pasien perioperative. Manakah dari peran berikut yang menjadi tanggung jawab perawat *scrub*?
 - A. Menilai kesiapan pasien sebelum operasi
 - B. Pastikan jalan napas paten
 - C. Menghitung untuk jumlah spon, jarum, persediaan alat lain yang digunakan selama prosedur operasi
 - D. Menulis standard operasional prosedur pemasangan infus yang baru
 - E. Evaluasi jenis anestesi yang sesuai untuk pembedahan

- 4) Kelebihan dosis obat atau obat anestesi bisa terjadi bahkan dengan bantuan teknologi seperti pompa infus, sphygmomanometer, dan alat atau mesin serupa. Sebagai staf, bagaimana Anda bisa meningkatkan keamanan penggunaan pompa infus:
 - A. Periksa fungsi pompa sebelum digunakan
 - B. Pilih merek pompa infus Anda seperti yang Anda lakukan dengan ponsel Anda
 - C. Ijinkan teknisi untuk mengatur pompa infus sebelum digunakan
 - D. Verifikasi laju alir terhadap perhitungan Anda

- 5) Protokol universal JCAHO untuk prosedur bedah dan invasif untuk mencegah sisi (*site*) yang salah, orang yang salah, dan prosedur atau operasi yang salah mencakup berikut ini, KECUALI:
- A. Tandai situs operatif jika memungkinkan
 - B. Lakukan proses verifikasi pra-prosedur
 - C. Lakukan “time out” segera sebelum memulai prosedur
 - D. Melakukan perekaman video dari keseluruhan prosedur intra-operasi

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 4 yang terdapat di bagian akhir Bab 5 ini.

Topik 5

Mengurangi Risiko Infeksi akibat Perawatan Kesehatan

Sasaran keselamatan pasien ke-5 adalah: mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan. Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

1. Pengertian

Infeksi adalah proses dimana seseorang rentan (*susceptible*) terkena invasi agen patogen atau infeksius yang tumbuh, berkembang biak dan menyebabkan sakit. Yang dimaksud agen bisa berupa bakteri, virus, rickettsia, jamur, dan parasit. Penyakit menular atau infeksius adalah penyakit tertentu yang dapat berpindah dari satu orang ke orang lain baik secara langsung maupun tidak langsung.

Nosokomial berasal dari bahasa Yunani, dari kata *nosos* yang artinya penyakit dan *komeo* yang artinya merawat. Nosokomion berarti tempat untuk merawat/rumah sakit. Jadi, infeksi nosokomial dapat diartikan sebagai infeksi yang terjadi di rumah sakit. Infeksi Nosokomial adalah infeksi silang yang terjadi pada perawat atau pasien saat dilakukan perawatan di rumah sakit. Penderita yang sedang dalam proses asuhan perawatan di rumah sakit, baik dengan penyakit dasar tunggal maupun penderita dengan penyakit dasar lebih dari satu, secara umum keadaan umumnya tidak/kurang baik, sehingga daya tahan tubuh menurun. Hal ini akan mempermudah terjadinya infeksi silang karena kuman-kuman, virus dan sebagainya akan masuk ke dalam tubuh penderita yang sedang dalam proses asuhan keperawatan dengan mudah. Infeksi yang terjadi pada setiap penderita yang sedang dalam proses asuhan keperawatan ini disebut infeksi nosokomial.

2. Maksud dan tujuan:

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan.

Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Fasilitas pelayanan Kesehatan mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al. dari WHO Patient Safety).

- b. Fasilitas pelayanan Kesehatan menerapkan program hand hygiene yang efektif.
- c. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

3. Penyebab infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan

Penyebab terjadinya infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan, adalah:

- a. Suntikan yang tidak aman dan seringkali tidak perlu.
- b. Penggunaan alat medis tanpa ditunjang pelatihan maupun dukungan laboratorium.
- c. Standar dan praktek yang tidak memadai untuk pengoperasian bank darah dan pelayanan transfusi
- d. Penggunaan cairan infus yang terkontaminasi, khususnya di rumah sakit yang membuat cairan sendiri
- e. Meningkatnya resistensi terhadap antibiotik karena penggunaan antibiotik spektrum luas yang berlebih atau salah
- f. Berat penyakit yang diderita
- g. penderita lain, yang juga sedang dalam proses perawatan
- h. petugas pelaksana (dokter, perawat dan seterusnya)
- i. peralatan medis yang digunakan
- j. tempat (ruangan/bangsal/kamar) dimana penderita dirawat
- k. tempat/kamar dimana penderita menjalani tindakan medis akut seperti kamar operasi dan kamar bersalin
- l. makanan dan minuman yang disajikan
- m. lingkungan rumah sakit secara umum

4. Cara Penularan Infeksi

- a. Penularan secara kontak

Penularan ini dapat terjadi secara kontak langsung, kontak tidak langsung dan droplet. Kontak langsung terjadi bila sumber infeksi berhubungan langsung dengan penjamu, misalnya person to person pada penularan infeksi virus Hepatitis A secara fecal oral. Kontak tidak langsung terjadi apabila penularan membutuhkan objek perantara (biasanya benda mati). Hal ini terjadi karena benda mati tersebut telah terkontaminasi oleh infeksi, misalnya kontaminasi peralatan medis oleh mikroorganisme.

- b. Penularan melalui Common Vehicle

Penularan ini melalui benda mati yang telah terkontaminasi oleh kuman dan dapat menyebabkan penyakit pada lebih dari satu penjamu. Adapun jenis-jenis common vehicle adalah darah/produk darah, cairan intra vena, obat-obatan dan sebagainya.

- c. Penularan melalui udara dan inhalasi

Penularan ini terjadi bila mikroorganisme mempunyai ukuran yang sangat kecil sehingga dapat mengenai penjamu dalam jarak yang cukup jauh dan melalui saluran pernafasan. Misalnya mikroorganisme yang terdapat dalam sel-sel kulit yang terlepas (staphylococcus) dan tuberculosis.

d. Penularan dengan perantara vector

Penularan ini dapat terjadi secara eksternal maupun internal. Disebut penularan secara eksternal bila hanya terjadi pemindahan secara mekanis dari mikroorganisme yang menempel pada tubuh vektor, misalnya shigella dan salmonella oleh lalat.

5. Faktor resiko

Faktor risiko "*Healthcare-Associated Infections*" (HAIs), adalah:

- a. Umur: neonatus dan lansia lebih rentan.
- b. Status imun yang rendah/tergantung (imuno-kompromais) : penderita dengan penyakit kronik, penderita keganasan, obat-obat immunosupresan.
- c. Interupsi barrier anatomis:
 - 1) Kateter urin: meningkat kejadian infeksi saluran kemih (ISK)
 - 2) Prosedur operasi: dapat menyebabkan infeksi luka operasi (ILO) atau "Surgical Site Infection" (SSI).
 - 3) Intubasi pernafasan: meningkatkan kejadian : "Hospital Acquired Pneumonia" (HAP/VAP).
 - 4) Kanula vena dan arteri: menimbulkan infeksi luka infus (ILI), "Blood Stream Infection" (BSI).
 - 5) Luka dan trauma
- d. Implantasi benda asing :
 - 1) "*indwelling catheter*"
 - 2) "*surgical suture material*"
 - 3) "*cerebrospinal fluid shunts*"
 - 4) "*valvular/vascular prostheses*"
- e. Perubahan mikroflora normal: pemakaian antibiotika yang tidak bijaksana menyebabkan timbulnya kuman yang resisten terhadap berbagai antimikroba (Depertemen Kesehatan, 2009)

6. Cara pencegahan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan

Terdapat beberapa prosedur dan tindakan pencegahan infeksi nosokomial. Tindakan ini merupakan seperangkat tindakan yang didesain untuk membantu meminimalkan resiko terpapar material infeksius seperti darah dan cairan tubuh lain dari pasien kepada tenaga kesehatan atau sebaliknya. Pencegahan infeksi didasarkan pada asumsi bahwa seluruh komponen darah dan cairan tubuh mempunyai potensi menimbulkan infeksi baik dari pasien ke tenaga kesehatan atau sebaliknya.

Kunci pencegahan infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan adalah mengikuti prinsip pemeliharaan hygiene yang baik, kebersihan dan kesterilan dengan lima standar penerapan yaitu:

- a) **Mencuci tangan** untuk menghindari infeksi silang. Mencuci tangan merupakan metode yang paling efektif untuk mencegah infeksi nosokomial, efektif mengurangi perpindahan mikroorganisme karena bersentuhan

- b) **Menggunakan alat pelindung diri** untuk menghindari kontak dengan darah atau cairan tubuh lain. Alat pelindung diri meliputi; pakaian khusus (apron), masker, sarung tangan, topi, pelindung mata dan hidung yang digunakan di rumah sakit dan bertujuan untuk mencegah penularan berbagai jenis mikroorganisme dari pasien ke tenaga kesehatan atau sebaliknya, misalnya melalui sel darah, cairan tubuh, terhirup, tertelan dan lain-lain.
- c) **Manajemen alat tajam** secara benar untuk menghindari resiko penularan penyakit melalui benda-benda tajam yang tercemar oleh produk darah pasien. Terakit dengan hal ini, tempat sampah khusus untuk alat tajam harus disediakan agar tidak menimbulkan injuri pada tenaga kesehatan maupun pasien.
- d) **Melakukan dekontaminasi, pencucian dan sterilisasi instrumen** dengan prinsip yang benar. Tindakan ini merupakan tiga proses untuk mengurangi resiko tranmisi infeksi dari instrumen dan alat lain pada klien dan tenaga kesehatan
- e) **Menjaga sanitasi lingkungan** secara benar. Sebagaiman diketahui aktivitas pelayanan kesehatan akan menghasilkan sampah rumah tangga, sampah medis dan sampah berbahaya, yang memerlukan manajemen yang baik untuk menjaga keamanan tenaga rumah sakit, pasien, pengunjung dan masyarat.

Proses terjadinya infeksi bergantung kepada interaksi antara suseptibilitas pejamu, agen infeksi (patogenesis, virulesi dan dosis) serta cara penularan. Identifikasi faktor resiko pada penjamu dan pengendalian terhadap infeksi tertentu dapat mengurangi insiden terjadinya infeksi (HAIs), baik pada pasien ataupun pada petugas kesehatan. (Depertemen Kesehatan, 2011).

7. Peran Perawat dalam Pencegahan Infeksi

- a. Tenaga kesehatan wajib menjaga kesehatan dan keselamatan dirinya dan orang lain serta bertanggung jawab sebagai pelaksanaan kebijakan yang telah ditetapkan. Tenaga kesehatan juga bertanggung jawab dalam menggunakan saran yang telah disediakan dengan baik dan benar serta memelihara sarana agar selalu siap pakai dan dapat dipakai selama mungkin.
- b. Secara rinci kewajiban dan tanggung jawab tersebut, meliputi :
 - 1) Bertanggung jawab melaksanakan dan menjaga keselamatan kerja di lingkungan.
 - 2) wajib mematuhi intruksi yang diberikan dalam rangka kesehatan dan keselamatan kerja, dan
 - 3) membantu mempertahankan lingkungan bersih dan aman.
- c. Mengetahui kebijakan dan menerapkan prosedur kerja, pencegahan infeksi, dan mematumhinya dalam pekerjaan sehari-hari.
- d. Tenaga kesehatan yang menderita penyakit yang dapat meningkatkan resiko penularan infeksi, baik dari dirinya kepada pasien atau sebaliknya, sebaiknya tidak merawat pasien secara langsung.
- e. Sebagai contoh misalnya, pasien penyakit kulit yang basah seperti eksim, bernanah, harus menutupi kelainan kulit tersebut dengan plester kedap air, bila tidak memungkinkan maka tenaga kesehatan tersebut sebaiknya tidak merawat pasien.

- f. Bagi tenaga kesehatan yang megidap HIV mempunyai kewajiban moral untuk memberi tahu atasannya tentang status serologi bila dalam pelaksanaan pekerjaan status serologi tersebut dapat menjadi resiko pada pasien, misalnya tenaga kesehatan dengan status HIV positif dan menderita eksim basah. (Depertemen Kesehatan, 2003).

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan mengapa pasien yang dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan berisiko mengalami infeksi?
- 2) Jelaskan faktor risiko terjadinya infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan?
- 3) Bagaimanakah cara pencegahan infeksi akibat perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Penderita yang sedang dalam proses asuhan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan, baik dengan penyakit dasar tunggal maupun penderita dengan penyakit dasar lebih dari satu, secara umum keadaan umumnya tidak/kurang baik, sehingga daya tahan tubuh menurun. Hal ini akan mempermudah terjadinya infeksi silang karena kuman-kuman, virus dan sebagainya akan masuk ke dalam tubuh penderita yang sedang dalam proses asuhan keperawatan dengan mudah.
- 2) Faktor risiko “Healthcare-Associated Infections” (HAIs), adalah: a) umur: neonatus dan lansia lebih rentan, b) status imun yang rendah/tergantung (imuno-kompromais), c) Interupsi barrier anatomis, d) kateter urin, e) prosedur operasi, f) intubasi penafasan, g) kanula vena dan arteri, h) luka dan trauma, i) implantasi benda asing (misal: *indwelling catheter*, dll.), j) perubahan mikroflora normal: pemakaian antibiotika yang tidak bijaksana
- 3) Terdapat beberapa prosedur dan tindakan pencegahan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan. Tindakan ini merupakan seperangkat tindakan yang didesain untuk membantu meminimalkan resiko terpapar material infeksius seperti darah dan cairan tubuh lain dari pasien kepada tenaga kesehatan atau sebaliknya. Pencegahan infeksi didasarkan pada asumsi bahwa seluruh komponen darah dan cairan tubuh mempunyai potensi menimbulkan infeksi baik dari pasien ke tenaga kesehatan atau sebaliknya.

Kunci pencegahan infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan adalah mengikuti prinsip pemeliharaan hygiene yang baik, kebersihan dan kesterilan dengan lima standar penerapan yaitu:

- a) Mencuci tangan untuk menghindari infeksi silang.
- b) Menggunakan alat pelindung diri untuk menghindari kontak dengan darah atau cairan tubuh lain.
- c) Manajemen alat tajam secara benar untuk menghindari resiko penularan penyakit melalui benda-benda tajam yang tercemar oleh produk darah pasien, dan menyediakan

tempat sampah khusus untuk alat tajam agar tidak menimbulkan injuri pada tenaga kesehatan maupun pasien.

- d) Melakukan dekontaminasi, pencucian dan sterilisasi instrumen dengan prinsip yang benar.
- e) Menjaga sanitasi lingkungan secara benar.

Ringkasan

- Infeksi Nosokomial atau infeksi akibat perawatan kesehatan (*Healthcare-Associated Infections- HAIs*), adalah infeksi silang yang terjadi pada perawat atau pasien saat dilakukan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
- Penderita yang sedang dalam proses asuhan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan, baik dengan penyakit dasar tunggal maupun penderita dengan penyakit dasar lebih dari satu, secara umum keadaan umumnya tidak/ kurang baik, sehingga daya tahan tubuh menurun. Hal ini akan mempermudah terjadinya infeksi silang karena kuman-kuman, virus dan sebagainya akan masuk ke dalam tubuh penderita yang sedang dalam proses asuhan keperawatan dengan mudah.
- Penyebab terjadinya infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi: 1) Suntikan yang tidak aman dan seringkali tidak perlu, 2) Penggunaan alat medis tanpa ditunjang pelatihan maupun dukungan laboratorium, 3) Standar dan praktek yang tidak memadai untuk pengoperasian bank darah dan pelayanan transfuse, 4) Penggunaan cairan infus yang terkontaminasi, khususnya di rumah sakit yang membuat cairan sendiri, 5) Meningkatnya resistensi terhadap antibiotik karena penggunaan antibiotik spektrum luas yang berlebih atau salah, 6) Berat penyakit yang diderita, 7) penderita lain, yang juga sedang dalam proses perawatan, 8) petugas pelaksana (dokter, perawat dan seterusnya), 9) peralatan medis yang digunakan, 10) tempat (ruangan/bangsal/kamar) dimana penderita dirawat, 11) tempat/kamar dimana penderita menjalani tindakan medis akut seperti kamar operasi dan kamar bersalin, 12) makanan dan minuman yang disajikan, 13) lingkungan rumah sakit secara umum.
- Kunci pencegahan infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan adalah mengikuti prinsip pemeliharaan hygiene yang baik, kebersihan dan kesterilan dengan lima standar penerapan yaitu: 1) mencuci tangan, 2) menggunakan alat pelindung diri, 3) manajemen alat tajam secara benar dan tempat sampah khusus untuk alat tajam, 4) melakukan dekontaminasi, pencucian dan sterilisasi instrumen dengan prinsip yang benar, 5) menjaga sanitasi lingkungan secara benar.
- Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien: Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan. Kegiatan yang dilaksanakan, meliputi: 1) Fasilitas pelayanan Kesehatan

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum , 2) Fasilitas pelayanan Kesehatan menerapkan program hand hygiene yang efektif, dan 3) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

- Peran Perawat dalam Pencegahan Infeksi akibat perawatan kesehatan di fasilitas kesehatan, meliputi: 1) menjaga kesehatan dan keselamatan dirinya dan orang lain serta bertanggung jawab sebagai pelaksanaan kebijakan yang telah ditetapkan, 2) bertanggung jawab dalam menggunakan dan memelihara sarana yang telah disediakan dengan baik dan benar

Tes 5

1. Nosokomial berasal dari bahasa Yunani, dari kata nosos yang artinya
 - A. penyakit
 - B. sakit
 - C. infeksi
 - D. radang

2. Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah melalui
 - A. *blood stream infections*
 - B. *hand hygiene* yang tepat
 - C. staphylococcus dan tuberculosis
 - D. *Surgical Site Infection*

3. Suntikan yang tidak aman, penggunaan alat medis tanpa ditunjang pelatihan maupun dukungan laboratorium serta standar dan praktek yang tidak memadai untuk pengoperasian bank darah dan pelayanan transfuse merupakan beberapa hal penyebab terjadinya
 - A. Infeksi
 - B. Patient Safety
 - C. *Common Vehicle*
 - D. Manajemen Patient

4. Penularan Infeksi Nosokomial melalui melalui benda mati yang telah terkontaminasi oleh kuman dan dapat menyebabkan penyakit pada lebih dari satu penjamu disebut dengan
 - A. Penularansecarakontak
 - B. Penularanmelalui Common Vehicle
 - C. Penularandenganperantara vector
 - D. Penularanmelaluiudaradaninhalasi

5. Berikut ini tidak termasuk dalam faktor risiko HAIs adalah
 - A. Umur: neonatus dan lansia lebih rentan.
 - B. Status imun yang rendah/ tergantung (imuno-kompromais): penderita dengan penyakit kronik, penderita keganasan, obat-obat imunosupresan.
 - C. Interupsi barrier anatomis
 - D. Alat pelindung diri untuk menghindari kontak dengan darah

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 4 yang terdapat di bagian akhir Bab 5 ini.

Topik 6

Mengurangi Risiko Cidera Pasien akibat Terjatuh

Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan.

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko

Tujuan dari kebijakan mengurangi risiko cedera karena jatuh

- a. Identifikasi pasien yang mempunyai risiko jatuh
- b. Optimalisasi penggunaan asesmen jatuh untuk menentukan kategori risiko jatuh
- c. Membandingkan faktor risiko intrinsik dan ekstrinsik jatuh
- d. Mendeskripsikan kebutuhan akan perlunya pemahaman faktor risiko jatuh, pencegahan, dan penanganannya dalam meningkatkan klinis dan kepuasan pasien, serta menurunkan biaya kesehatan.
- e. Memahami kunci keberhasilan Program Faktor Risiko Jatuh, Pencegahan, dan Penanganannya.
- f. Memperoleh sumber daya dalam mengembangkan dan meningkatkan Program Faktor Risiko Jatuh, Pencegahan, dan Penanganannya.

Kondisi Pasien yang berisiko jatuh

- a. Riwayat jatuh sebelumnya
- b. Gangguan kognitif atau perubahan status mental secara tiba-tiba (*Sudden mental status changes*)

- c. Gangguan keseimbangan, gaya berjalan, atau kekuatan
- d. Gangguan mobilitas
- e. Penyakit neurologi; seperti stroke dan Parkinson
- f. Gangguan muskuloskeletal; seperti artritis, penggantian sendi, deformitas
- g. Penyakit kronis; seperti osteoporosis, penyakit kardiovaskular, penyakit paru, dan diabetes
- h. Masalah nutrisi
- i. Medikamentosa (terutama konsumsi > 4 jenis obat)

Risiko potensial:

- a. Penglihatan yang buruk atau tidak baik/ tidak jelas (*Poor vision*)
- b. Sepatu impor atau sepatu lokal yang tidak cocok (*United shoes/improper shoe fit*)
- c. Lantai yang licin (*Spills on the floor*)
- d. Terlalu banyak furniture (*Too much furniture*)
- e. Medan tidak merata (*Uneven terrain*)
- f. Hidrasi yang kurang (*Poor hydration*)

Upaya yang dilakukan untuk mengurangi risiko cedera akibat jatuh

- a. Melakukan pengkajian ulang secara berkala mengenai resiko pasien jatuh,
- b. Termasuk resiko potensial yang berhubungan dengan jadwal pemberian obat serta
- c. Mengambil tindakan untuk mengurangi semua resiko yang telah diidentifikasi tersebut. Dan menurut *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, upaya-upaya untuk mengurangi terjadinya kejadian pasien terjatuh di rumah sakit, yaitu:
 - A. Membiasakan pasien dengan lingkungan sekitarnya.
 - B. Menunjukkan pada pasien alat bantu panggilan darurat.
 - C. Posisikan alat bantu panggil darurat dalam jangkauan.
 - D. Posisikan barang-barang pribadi dalam jangkauan pasien.
 - E. Menyediakan pegangan tangan yang kokoh di kamar mandi, kamar dan lorong.
 - F. Posisikan sandaran tempat tidur di posisi rendah ketika pasien sedang beristirahat, dan posisikan sandaran tempat tidur yang nyaman ketika pasien tidak tidur.
 - G. Posisikan rem tempat tidur terkunci pada saat berada di bangsal rumah sakit.
 - H. Menjaga roda kursi roda di posisi terkunci ketika stasioner.
 - I. Gunakan alas kaki yang nyaman, baik, dan tepat pada pasien.
 - J. Gunakan lampu malam hari atau pencahayaan tambahan.
 - K. Kondisikan permukaan lantai bersih dan kering. Bersihkan semua tumpahan.
 - L. Kondisikan daerah perawatan pasien rapi.
 - M. Ikuti praktek yang aman ketika membantu pasien pada saat akan ke tempat tidur dan meninggalkan tempat tidur.

Assessment Resiko Jatuh

- a. Memonitor pasien sejak masuk

- b. Memonitor dengan ketat pada pasien yang mempunyai risiko tinggi: memberikan tanda/alert (sesuai warna universal)
- c. Libatkan pasien atau keluarga dalam upaya pencegahan risiko jatuh
- d. Laporan peristiwa pasien jatuh

Penilaian resiko jatuh Pasien

Penilaian Resiko Jatuh merupakan suatu penilaian terhadap factor-factor yang dapat menyebabkan pasien jatuh. Ada tiga tipe skala resiko jatuh yang sering dipakai yaitu :

- a. Skala penilaian risiko jatuh untuk geriatric/ lanjut usia
- b. Morse Fall Scale (MFS) / Skala Jatuh dari morse Untuk Dewasa
- b. Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS) / Skala Jatuh Humpty Dumpty Untuk Pediatrik

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan tujuan melakukan evaluasi risiko jatuh pada pasien yang dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan?
- 2) Kondisi pasien seperti apa yang mengharuskan perawat harus melakukan evaluasi risiko jatuh?
- 3) Upaya apa saja yang harus untuk mengurangi pasien cedera akibat terjatuh?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Tujuan melakukan evaluasi risiko jatuh pada pasien yang dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan, adalah untuk: a) mengurangi angka pasien cedera karena jatuh. b) Identifikasi pasien yang mempunyai risiko jatuh, c) Optimalisasi penggunaan asesmen jatuh untuk menentukan kategori risiko jatuh,d) Membandingkan faktor risiko intrinsik dan ekstrinsik jatuh, e) Mendeskripsikan kebutuhan akan perlunya pemahaman faktor risiko jatuh, pencegahan,dan penanganannya dalam meningkatkan klinis dan kepuasan pasien, serta menurunkan biaya kesehatan, f) Memahami kunci keberhasilan Program Faktor Risiko Jatuh, Pencegahan, dan Penanganannya, g) Memperoleh sumber daya dalam mengembangkan dan meningkatkan program faktor risiko jatuh, pencegahan, dan penanganannya
- 2) Perawat harus melakukan evaluasi risiko jatuh pada pasien dengan kondisi pasien yang berisiko, yaitu: pasien dengan riwayat jatuh sebelumnya, gangguan kognitif, gangguan keseimbangan, gaya berjalan, atau kekuatan, gangguan mobilitas, penyakit neurologi (seperti stroke dan Parkinson), gangguan muskuloskeletal (seperti artritis, penggantian sendi, deformitas), penyakit kronis (seperti: osteoporosis, penyakit kardiovaskular, penyakit paru, dan diabetes), dengan masalah nutrisi, dan medikamentosa (terutama konsumsi > 4 jenis obat)

- 3) Upaya untuk mengurangi pasien cedera akibat terjatuh di fasilitas pelayanan kesehatan, adalah: a) Melakukan pengkajian ulang secara berkala mengenai resiko pasien jatuh, b) mengambil tindakan untuk mengurangi semua resiko yang telah diidentifikasi tersebut, c) membiasakan pasien dengan lingkungan sekitarnya, d) menunjukkan pada pasien alat bantu panggilan darurat, e) posisikan alat bantu panggil darurat dalam jangkauan, f) posisikan barang-barang pribadi dalam jangkauan pasien, g) menyediakan pegangan tangan yang kokoh di kamar mandi, kamar dan lorong, h) posisikan sandaran tempat tidur di posisi rendah ketika pasien sedang beristirahat, dan posisikan sandaran tempat tidur yang nyaman ketika pasien tidak tidur, i) posisikan rem tempat tidur terkunci pada saat berada di bangsal rumah sakit, j) menjaga roda kursi roda di posisi terkunci ketika stasioner, k) gunakan alas kaki yang nyaman, baik, dan tepat pada pasien, l) gunakan lampu malam hari atau pencahayaan tambahan, m) kondisikan permukaan lantai bersih dan kering. Bersihkan semua tumpahan, n) kondisikan daerah perawatan pasien rapi, o) Ikuti praktek yang aman ketika membantu pasien pada saat akan ke tempat tidur dan meninggalkan tempat tidur.

Ringkasan

- Sasaran keselamatan pasien ke-6 adalah: mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh. Fasilitas pelayanan kesehatan diharuskan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.
- Kegiatan yang harus dilakukan untuk menurunkan angka pasien cedera karena terjatuh, adalah setiap fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko
- Kondisi pasien yang berisiko untuk mengalami cedera karena jatuh, diantaranya adalah: a) Riwayat jatuh sebelumnya, b) Gangguan kognitif, c) Gangguan keseimbangan, gaya berjalan, atau kekuatan, d) Gangguan mobilitas, e) Penyakit neurologi; seperti stroke dan Parkinson, f) Gangguan muskuloskeletal; seperti artritis, penggantian sendi, deformitas, g) Penyakit kronis; seperti osteoporosis, penyakit kardiovaskular, penyakit paru, dan diabetes, dan h) Masalah nutrisi
- Assessment Resiko Jatuh, meliputi: a) memonitor pasien sejak masuk, memonitor dengan ketat pada pasien, b) memonitor dengan ketat pada pasien yang mempunyai risiko tinggi: memberikan tanda/ alert (sesuai warna universal), c) melibatkan pasien atau keluarga dalam upaya pencegahan risiko jatuh, dan d) laporan pasien jatuh.
- Penilaian Resiko Jatuh merupakan suatu penilaian terhadap factor-factor yang dapat menyebabkan pasien jatuh. Ada tiga tipe skala resiko jatuh yang sering dipakai, yaitu : *Skala penilaian untuk geriatric, Morse Fall Scale (MFS) / Skala Jatuh dari morse Untuk Dewasa*, dan *Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS) / Skala Jatuh Humpty Dumpty Untuk Pediatrik*

Tes 6

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat

- 1) Kondisi Pasien yang memerlukan penilaian risiko jatuh,
 - A. mendapatkan terapi diuretik
 - B. Gangguan keseimbangan
 - C. mengalami halusinasi
 - D. menjalani diet

- 2) Seorang perempuan usia 60 tahun keadaan umum lemah, kesadaran gelisah, mendapat obat diuretic, terpasang dauer catheter warna urin kuning jernih. Untuk menghindari resiko jatuh perawat melakukan tindakan pengurangan resiko jatuh. Apakah tindakan keperawatan yang paling tepat?
 - A. Memasang rell side
 - B. Rendahkan tempat tidur
 - C. Pasien ditunggu keluarga
 - D. Pasien diantar ke kamar mandi

- 3) Tindakan yang termasuk Assessment risiko jatuh
 - a. memberikan tanda/ alert : gelang warna biru muda
 - b. Melakukan penilaian risiko jatuh kepada semua pasien
 - c. Memonitor pasien yang risiko tinggi jatuh dengan ketat
 - d. menugaskan keluarga untuk untuk memonitor pasien gangguan

- 4) Upaya mengurangi terjadinya kejadian pasien terjatuh di fasilitas pelayanan kesehatan, diantaranya adalah:
 - A. Selalu menggunakan alas kaki bermerk terpercaya
 - B. Menunjukkan pada pasien alat-alat kesehatan yang ada di ruangan.
 - C. Menyediakan pegangan tangan yang kokoh di kamar mandi, kamar dan lorong.
 - D. Kondisikan permukaan lantai tidak licin, yaitu dengan menggunakan karpet.

- 5) Seorang perempuan usia 64 tahun keadaan umum lemah, mendapat obat diuretic, terpasang dauer catheter warna urin kuning jernih. Anda akan memeriksa risiko jatuh pada pasien tersebut. Yang manakah skala penilaian resiko jatuh yang akan Anda gunakan?
 - A. Morse Fall Scale (MFS)
 - B. Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS)
 - C. Skala penilaian risiko jatuh geriatric
 - D. Semua skala penilaian bisa digunakan

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 6 yang terdapat di bagian akhir Bab 5 ini.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

1. C
2. B
3. B
4. A
5. B

Tes 2

1. A
2. C
3. B
4. B
5. D

Tes 3

1. C
2. B
3. C
4. A
5. B

Tes 4

1. B
2. D
3. C
4. C
5. A

Tes 5

1. A
2. B
3. A
4. B
5. D

Tes 6

1. B
2. A
3. C
4. C
5. C

Daftar Pustaka

- AORN. (2015). Preventing Wrong-Patient, Wrong-Site, Wrong Procedure Events. <https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/position.../posstat-wrong-site.pdf>
- Endriani, S. (2012) Panduan identifikasi pasien. https://www.academia.edu/keypass/PANDUAN_IDENTIFIKASI_PASIEN. Diperoleh 14 Agustus 2017.
- Ferdiansyah, R. (2016). Panduan penandaan-lokasi-operasi-dan-surgery-safety-checklist. <https://www.slideshare.net/RizkyFerdiansyah6/panduan-penandaanlokasioperasidansurgerysafetychecklist>. (1Agustus2017).
- HARDJANA, a. m. (2003). KOMUNIKASI INTRAPERSONAL & INTERPERSONAL. YOGYAKARTA: PENERBIT KANISIUS. <HTTPS://BOOKS.GOOGLE.CO.ID/BOOKS?HL=EN&LR=&ID=SFVIH7IGMEEC&OI=FND&PG=PA5&DQ=+DEFINISI+KOMUNIKASI+EFEKTIF>
- <https://dokumen.tips/download/link/peningkatan-keamanan-obat-yang-perlu-diwaspadai-print>
- <https://image.slidesharecdn.com/pengelolaanperbekalanfarmasinarkotikadanpengelolaanse rtapenangananlasa->
- Ice, D. (2017). Penilaian resiko jatuh Pasien, Skala morse untuk dewasa dan skala Humpty Dumpty Untuk Pediatrik. <http://bangsalsehat.blogspot.co.id/2017/05/penilaian-resiko-jatuh-pasien-skala.html>
- John F. Angle, MD, Albert A. Nemcek, Jr, MD, Alan M. Cohen, MD, Donald L. Miller, MD, et al. 2008. Quality Improvement Guidelines for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, and Wrong Person.....<http://www.jvir.org/article/S1051-0443%2808%2900473-9/pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Cetakan ke-3*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Miller-Hoover, S. (2015). High-Alert Medications: Best Practices. Revised. *RN.com*.
- Nurdiana dan Sulistyani, D. Ed. (2016). Buku saku keperawatan. Jakarta: Bidang Keperawatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- NHS Foundation Trust. (2015). Patient Identification Policy. <http://www.southernhealth.nhs.uk/resources/assets/inline/full/0/71283.pdf>

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.

RSUP Fatmawati (2012). *Buku saku panduan JCI*. Jakarta: Tidak dipublikasikan

RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. (2016). *Buku saku keperawatan*. Jakarta: Bidang Keperawatan RSCM.

Tietjen, L., dkk (terj. Saifuddin, AB, dkk): *Panduan Pencegahan Infeksi: Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas*

WHO and JCI. 2007. Performance of correct Procedure at correct body Site <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution4.pdf>

World health organization collaborating centre for patient safety solutions. (2007). Patient identification. Dalam: patient safety solutions. Volume 1. Solution 2.

----- (2009). Critical Management Solutions. Patient identification policy. <http://www.kraskerhc.com>. Diperoleh 25 Februari 2012.

BAB VI

PRAKTIK SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Dr. Tutiany, S.Kp., M.Kes

PENDAHULUAN

Sasaran keselamatan pasien (SKP) merupakan syarat yang harus diterapkan di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan. No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Pasal 5 ayat (5) disebutkan bahwa Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi tercapainya hal-hal:

1. Meningkatkan identifikasi pasien dengan benar;
2. meningkatkan komunikasi yang efektif;
3. meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
4. memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar;
5. mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan
6. mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Anda telah mempelajari dan memahami konsep sasaran keselamatan pasien tersebut pada Bab V, tahap selanjutnya pada Bab VI ini Anda akan mengikuti pembelajaran laboratorium keperawatan, sehingga Anda mampu menerapkan sasaran keselamatan pasien ketika memberikan pelayanan/ asuhan keperawatan.

Setelah mempelajari modul ini diharapkan Anda mampu menerapkan sasaran keselamatan pasien pada kegiatan pelayanan keperawatan melalui bermain peran (*role play*). Lebih terperinci, kegiatan belajar yang akan Anda ikuti, adalah sebagai berikut:

- Pada Kegiatan Belajar 1 Anda diharapkan mampu menerapkan SKP. 1 yaitu meningkatkan identifikasi pasien dengan benar. Anda akan diberikan kesempatan untuk diskusi kelompok untuk mempelajari materi, menyusun scenario untuk bermain peran, dan memperagakan tindakan penerapan identifikasi pasien dengan benar.
- Pada Kegiatan Belajar 2, Anda diharapkan mampu menerapkan SKP 2 meningkatkan komunikasi yang efektif. Anda akan mempelajari dan mempraktikkan materi komunikasi efektif secara verbal/ lisan (langsung ataupun via telepon) dan komunikasi tertulis. Anda akan mempelajari, mendiskusikan, bermain peran dan latihan tentang cara komunikasi saat melaporkan kondisi pasien dan hasil pemeriksaan diagnostic yang kritis dengan pendekatan atau metode SBAR, dan bagaimana komunikasi saat menerima instruksi/ pesan, dengan metode TBAK.
- Pada kegiatan belajar 3, Anda akan mempelajari, mendiskusikan dengan kelompok dan klasikal, dan bermain peran dan latihan mempraktikkan peningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai.
- Pada kegiatan belajar 4 Anda akan mempelajari, mendiskusikan dengan kelompok dan klasikal, bermain peran dan latihan mempraktikkan cara memastikan benar sisi, benar prosedur, dan benar pasien operasi.

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

- Pada kegiatan belajar 5 Anda akan mempelajari, mendiskusikan dengan kelompok dan klasikal, bermain peran dan latihan mempratikkan cara menurunkan risiko infeksi, dan
- pada kegiatan belajar 6 Anda akan mempelajari, mendiskusikan dengan kelompok dan klasikal, bermain peran dan latihan mempratikkan cara menurunkan risiko pasien cedera akibat jatuh.

Agar Anda berhasil dengan baik dalam mempelajari materi yang ada pada modul ini, ikutilah beberapa petunjuk belajar berikut ini.

1. Bacalah setiap uraian dengan cermat, teliti, dan tertib sampai Anda memahami pesan, ide, dan makna yang disampaikan.



<https://www.google.com/search?q=gambar+membaca+buku&tbm=isch&imgil=3t->



<https://www.google.com/search?q=gambar+orang+belajar&tbm>

2. Kerjakan apa yang diminta dan diinstruksikan dalam materi ini, termasuk latihan dan tugas praktika, tuliskan pada format yang tersedia, atau kalaupun tidak ada siapkan sendiri.

3. Lakukan diskusi dengan teman-teman sejawat dalam mengatasi bagian yang belum Anda pahami.



4. Perbanyak pula membaca hal-hal yang terkait dengan praktik penerapan sasaran keselamatan pasien



<https://www.google.com/imgres?imgurl=manfaat-membaca-buku-bagi-kehidupanmu&docid>

5. Jangan lupa, tanamkan pada diri Anda bahwa Anda akan berhasil & buktikanlah bahwa Anda memang berhasil.



<https://www.google.com/url?karakteristik-umum-pengusaha-sukses>

Meningkatkan Identifikasi Pasien dengan Benar

Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien. Sebelum mempelajari topik ini pastikan bahwa Anda sudah memahami konsep teori tentang identifikasi pasien yang sudah Anda pelajari pada Bab V.

Setelah mempelajari topik 1, diharapkan Anda mampu melakukan tindakan identifikasi pasien dengan benar,

Untuk mencapai tujuan tersebut, mahasiswa harus mampu mendemonstrasikan prosedur:

1. Memasang gelang identitas pasien
2. Mengidentifikasi pasien (pasien baru, neonatus, pelayanan transfusi)
3. Mengidentifikasi pasien pada *the event of wrong patient, wrong procedure or wrong site clinical incident*

URAIAN MATERI

Sebelum Anda mempelajari prosedur identifikasi pasien, Anda harus memahami hal berikut ini

1. Pengertian

Pengertian identifikasi adalah proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.

Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien.

2. Tujuan identifikasi pasien

- a. Mengidentifikasi dengan benar pasien tertentu yang akan diberi layanan atau pengobatan tertentu.
- b. Mencocokkan layanan atau perawatan dengan individu tersebut.

3. Petugas kesehatan bisa keliru mengidentifikasi pasien, yaitu pada saat:

- a. Pasien masih dalam kondisi tidak sadar atau kesadaran menurun karena anastesi/ pembiusan setelah tindakan operasi
- b. Pasien pindah tempat tidur tanpa koordinasi
- c. Pasien pindah kamar tanpa koordinasi
- d. Pindah lokasi/ ruangan/ instalasi di dalam rumah sakit
- e. Pasien cacat indera (pendengaran/ penglihatan)

4. Kebijakan/ prosedur untuk mengidentifikasi pasien

- a. Semua fasilitas pelayanan kesehatan harus menerapkan kebijakan bahwa setiap pasien yang dirawat inap diidentifikasi dengan:
 - Nama lengkap pasien
 - Tanggal lahir
 - Nomor rekam medis
 - Gelang identitas pasien dengan barcode, dll
- b. Untuk meningkatkan keselamatan pasien dilarang identifikasi pasien dengan menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi.
- c. Pada saat memasang gelang identifikasi pasien:
 - jelaskan kepada pasien dan/atau keluarga, tentang tujuan pemakaian gelang, dan mengapa mereka harus menggunakan →Hal ini memberikan kesempatan bagi mereka untuk mengidentifikasi kesalahan dan mendorong pasien dan keluarga mereka untuk berpartisipasi dalam upaya mencegah kesalahan.
 - Jelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas, menutup gelang dengan tape perban, dan lain-lain.

5. Prosedur/ tindakan yang memerlukan identifikasi pasien

- a. Pemberian obat/ pengobatan
Prosedur pemberian obat baik obat oral, obat injeksi (intravena, intramuskuler, intracutan) atau obat topical mempunyai risiko yang sama. Untuk itu sebelum pemberian obat apapun diperlukan tindakan identifikasi pasien, sehingga pasien terhindar dari kejadian tidak diharapkan akibat kesalahan terapi/ pemberian obat.
- b. Pemberian darah/ produk darah
Sebelum pemberian darah/ produk darah/ tranfusi darah, perawat/ petugas kesehatan lain wajib melakukan identifikasi pasien dengan tepat
- c. Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis
Sebelum pengambilan darah dan specimen lain (urine, feses, sputum, dan lain-lain) juga harus dilakukan identifikasi pasien, karena bila tidak dilakukan akan mempengaruhi intervensi/ terapi yang akan diberikan, dan bila tidak tepat akan merugikan pasien.
- d. Sebelum memberikan tindakan (pemeriksaan radiologi: rontgen, MRI, dan sebagainya, pembedahan, dan prosedur invasif lainnya)
Tindakan keperawatan mandiri ataupun kolaborasi, juga tindakan medis merupakan tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai kondisi pasien. Dengan demikian untuk meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien, perawat wajib melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan kepada pasien sehingga pasien mendapatkan terapi yang tepat dan tidak membahayakan.
- e. Transfer pasien

Transfer pasien atau proses pemindahan pasien dari satu unit kerja / ruang rawat ke unit kerja lain merupakan tindakan yang memerlukan tindakan indentifikasi pasien dengan tepat

f. Konfirmasi kematian

6. Cara melakukan identifikasi pasien dengan benar

Cara Identifikasi Pasien Rawat Inap/ UGD :

- a. Tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka) : nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis.
- b. Untuk pasien yang tidak sadar petugas bertanya langsung kepada keluarga/ penunggu pasien (nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis).
- c. Cocokan nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis pada gelang pasien dengan data di formulir terkait (misal: form pemeriksaan, SIT).

7. Tata laksana identifikasi pasien risiko

a. Tatalaksana Gelang Identifikasi Pasien

- 1) Semua pasien harus diidentifikasi dengan benar sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.
- 2) Pakaikan gelang identifikasi di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
- 3) Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang identifikasi tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.
- 4) Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi dimana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang identifikasi dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien. Gelang identifikasi harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.
- 5) Pada kondisi tidak memakai baju, gelang identifikasi harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
- 6) Gelang pengenalan dan gelang alergi hanya boleh dilepas saat pasien keluar/pulang dari rumah sakit. Gelang risiko jatuh hanya boleh dilepas apabila pasien sudah tidak berisiko jatuh.
- 7) Gelang **pengenal pasien** (Gelang Pink/ Gelang Biru) sebaiknya mencakup **3 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 - a) Nama pasien dengan minimal 2 suku kata
 - b) Tanggal lahir pasien (tanggal/bulan/tahun)
 - c) Nomor rekam medis pasien
- 8) Gelang identifikasi **Alergi** sebaiknya mencakup **4 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 - a) Nama pasien
 - b) Umur Pasien

- c) Nomor rekam medis pasien
 - d) Jenis Alergi
- 9) Gelang identifikasi **Risiko Jatuh** sebaiknya mencakup **4 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
- a) Nama pasien
 - b) Umur Pasien
 - c) Nomor rekam medis pasien
 - d) Tingkat Risiko Jatuh
- 10) Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
- 11) Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang identifikasi. Ganti gelang identifikasi jika terdapat kesalahan penulisan data.
- 12) Jika gelang identifikasi terlepas, segera berikan gelang identifikasi yang baru.
- 13) Gelang Identifikasi harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit.
- 14) Periksa ulang 3/ 4 detail data di gelang identifikasi sebelum dipakaikan ke pasien.
- 15) Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: 'Siapa nama Anda?' (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti 'Apakah nama anda Ibu Susi?')
- 16) Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa), verifikasi identitas pasien kepada keluarga/ pengantarnya. Jika mungkin, gelang pengenalan jangan dijadikan satu-satunya bentuk identifikasi sebelum dilakukan suatu intervensi. Tanya ulang nama dan tanggal lahir pasien, kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di gelang pengenalnya.
- 17) Semua pasien rawat inap dan yang akan menjalani prosedur menggunakan minimal 1 gelang identifikasi.
- 18) Pengecekan gelang identifikasi dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
- 19) Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik.
- 20) Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.
- 21) Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang identifikasi:
- a) Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
 - Menolak penggunaan gelang identifikasi
 - Gelang Identifikasi menyebabkan iritasi kulit
 - Gelang identifikasi terlalu besar
 - Pasien melepas gelang identifikasi
 - b) Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang identifikasi tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis.

- c) Jika pasien menolak menggunakan gelang identifikasi, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain untuk mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum dilakukan prosedur kepada pasien.

b. Tatalaksana Identifikasi Pasien Pada Pemberian Obat-Obatan

- 1) Perawat harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:
 - a) Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.
 - b) Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenalan dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat. Jika terdapat ≥ 2 pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.
- 2) Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pemberian obat dilakukan.

c. Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Menjalani Tindakan Operasi

- 1) Petugas di kamar operasi harus mengkonfirmasi identitas pasien
- 2) Jika diperlukan untuk melepas gelang identifikasi selama dilakukan operasi, tugaskanlah seorang perawat di kamar operasi untuk bertanggungjawab melepas dan memasang kembali gelang identifikasi pasien.
- 3) Gelang identifikasi yang dilepas harus ditempelkan di depan rekam medis pasien

d. Tatalaksana Identifikasi Pasien yang akan Dilakukan Pengambilan dan Pemberian Darah (Transfusi Darah)

- 1) Identifikasi, pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan komponen darah (transfusi) merupakan tanggungjawab petugas yang mengambil darah.
- 2) Dua orang staf RS yang kompeten harus memastikan kebenaran: data demografik pada kantong darah, jenis darah, golongan darah pada pasien dan yang tertera pada kantong darah, waktu kadaluarsanya, dan identitas pasien pada gelang pengenalan.
- 3) Staf RS harus meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya
- 4) Jika staf RS tidak yakin/ ragu akan kebenaran identitas pasien, **jangan** lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.

e. Tatalaksana Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus

- 1) Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenalan berisikan jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal dan jam lahir bayi, nomor rekam medis bayi, dan modus kelahiran.
- 2) Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi.
- 3) Gunakan gelang pengenalan berwarna **merah muda** (*pink*) untuk bayi perempuan dan **biru** untuk bayi laki-laki.

- 4) Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenal berwarna putih.

f. Melepas Gelang Identifikasi

- 1) Gelang pengenal (Gelang Pink/ Gelang Biru), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
- 2) Gelang untuk alergi (Gelang Merah), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
- 3) Gelang untuk risiko jatuh (Gelang Kuning), hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh
- 4) Yang bertugas melepas gelang identifikasi adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit (PPJP).
- 5) Gelang identifikasi dilepas setelah semua proses selesai dilakukan. Proses ini meliputi: pemberian obat-obatan kepada pasien dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan keluarga.
- 6) Gelang identifikasi yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.
- 7) Terdapat kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelang identifikasi sementara (saat masih dirawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang identifikasi mengganggu suatu prosedur. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang identifikasi dipasang kembali.

A. PROSEDUR KERJA KETERAMPILAN MELAKUKAN IDENTIFIKASI PASIEN

1. Memasang Gelang Identitas Pasien

Keterampilannya memasang gelang identitas pasien baru, merupakan prosedur yang sederhana, namun tetap Anda harus berlatih untuk dapat melakukannya dengan sempurna. Berikut adalah langkah-langkah/ Prosedur melakukan memasang gelang identitas pasien:

PROSEDUR MEMASANG GELANG IDENTIFIKASI PASIEN

a. Tahap Prainteraksi

- 1) Persiapan perawat
- 2) Persiapan alat : status pasien, alat tulis, gelang identitas pasien
- 3) Persiapan Lingkungan

b. Tahap Orientasi

- 1) Beri salam sambil berjabat tangan
- 2) Perkenalkan diri perawat
- 3) Tanyakan nama klien
- 4) Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- 5) Kontrak: waktu dan tempat

c. Tahap Kerja

- 1) Bina hubungan saling percaya
- 2) Lakukan pemasangan gelang identitas sesuai jenis kelamin
- 3) Berikan penjelasan tentang pentingnya gelang identitas pasien dan bahayanya bila dilepas/ tidak dipakai
- 4) Evaluasi pemahaman pasien/ keluarga tentang gelang identitas

d. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi respon subjektif dan objektif klien
- 2) Berikan *reinforcement* positif
- 3) Tentukan rencana tindak lanjut
- 4) Beri salam terapeutik

e. Dokumentasi

Catat tindakan yang sudah dilakukan dan hasil/ responnya: pemasangan gelang identitas dan edukasi

2. Mengidentifikasi pasien pada pasien yang sudah terpasang gelang identitas

Berikut adalah langkah-langkah/ Prosedur melakukan memasang gelang identifikasi pasien:

| PROSEDUR MENGIDENTIFIKASI PASIEN | |
|---|--|
| a. Tahap Prainteraksi | |
| 1) Persiapan perawat | |
| 2) Persiapan alat : Status Pasien, Alat tulis, Peralatan untuk tindakan keperawatan (sesuai indikasi tindakan identifikasi pasien) | |
| 3) Persiapan Lingkungan | |
| b. Tahap Orientasi | |
| 1) Beri salam sambil berjabat tangan | |
| 2) Perkenalkan diri perawat | |
| 3) Tanyakan nama klien | |
| 4) Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | |
| 5) Kontrak: waktu dan tempat | |
| c. Tahap Kerja | |
| 1) Bina hubungan saling percaya | |
| 2) Tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka) : nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis. → Untuk pasien yang tidak sadar, Anda bertanya langsung kepada keluarga/ penunggu pasien (nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis). | |
| 3) Cocokkan/ periksa dan bandingkan data nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis pada gelang pasien dengan data di formulir terkait (misal: form pemeriksaan). → Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat/ tindakan sesuai rencana → Jika terdapat ≥ 2 pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya. | |
| d. Tahap Terminasi | |
| 1) Evaluasi respon subjektif dan objektif klien | |
| 2) Berikan reinforcement positif kepada pasien/ keluarga | |
| 3) Tentukan rencana tindak lanjut | |
| 4) Beri salam terapeutik | |
| e. Dokumentasi | |
| Catat tindakan yang sudah dilakukan dan hasil/ responnya: pemasangan gelang identitas dan edukasi | |

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman dan melatih keterampilan Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

1. Identifikasi pasien baru
2. Identifikasi pasien neonates

Anda dapat menggunakan untuk latihan melakukan prosedur mengidentifikasi pasien sesuai jenis kelamin, kondisi pasien (berisiko jatuh, alergi), dan lain-lain.

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk berlatih keterampilan melakukan identifikasi pasien pasien baru datang (belum terpasang gelang identitas pasien), maka gunakan formulir 1.1. Penilaian keterampilan memasang gelang identifikasi pasien.
 - a. Bacalah prosedur/ langkah-langkah tindakan memasang gelang identitas pasien.
 - b. Cobalah Anda melakukan sendiri dengan panduan formulir 1.1.
 - c. Setelah Anda yakin dapat melakukan tanpa melihat Formulir penilaian, mintalah teman/ Instruktur Anda untuk mengobservasi dan menilai penampilan Anda dalam melakukan pemasangan gelang identitas pasien
 - d. Berlatihlah sampai Nilai Anda = 100 atau sempurna, baru lanjutkan ke prosedur lainnya.
 - e. Selamat latihan...

2. Untuk berlatih keterampilan melakukan identifikasi pasien neonates (belum terpasang gelang identitas pasien), maka gunakan formulir 1.2. Penilaian keterampilan mengidentifikasi pasien neonatus.
 - a. Bacalah prosedur/ langkah-langkah tindakan memasang gelang identitas pasien.
 - b. Cobalah Anda melakukan sendiri dengan panduan formulir 1.2.
 - c. Setelah Anda yakin dapat melakukan tanpa melihat Formulir penilaian, mintalah teman/ Instruktur Anda untuk mengobservasi dan menilai penampilan Anda dalam melakukan pemasangan gelang identitas pasien
 - d. Berlatihlah sampai Nilai Anda = 100 atau sempurna, baru lanjutkan ke prosedur lainnya.

Selamat latihan...

**FORMULIR 1.1. PENILAIAN KETERAMPILAN:
PROSEDUR PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN**

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|-----------------------|---|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| ASSESSMENT (A) | | | | |
| 1. | Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien | | | |
| PLANNINGT (P) | | | | |
| 2. | Persiapan perawat | | | |
| 3. | Persiapan alat : | | | |
| | - Status Pasien | | | |
| | - Alat tulis | | | |
| | - Gelang identitas(warna merah muda/ biru muda) | | | |
| 4. | Persiapan Lingkungan | | | |
| 5. | Beri salam sambil berjabat tangan | | | |
| 6. | Perkenalkan diri perawat | | | |
| 7. | Tanyakan nama klien | | | |
| 8. | Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | | | |

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

Kontrak: waktu dan tempat

IMPLEMENTATION (I)

9. Bina hubungan saling percaya
10. Jelaskan kepada pasien dan/atau keluarga, tentang tujuan pemakaian gelang, dan mengapa mereka harus menggunakan.
11. Pasang gelang identifikasi pasien
12. Jelaskan kepada pasien & keluarga, tentang bahaya bila pasien menolak, melepas, menutup gelang dengan tape perban, dll.
13. Evaluasi pengetahuan pasien dan/ atau keluarga tentang pentingnya gelang identitas pasien

EVALUATION (E)

14. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien
15. Berikan reinforcement positif
16. Tentukan rencana tindak lanjut
17. Beri salam terapeutik

DOKUMENTASI

18. Catat hasil tindakan memasang gelang identitas

SIKAP

19. Dilakukan dengan sistematis
20. Percaya diri

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

| | |
|---|--|
| <p align="center">Jumlah Nilai</p> <p>Nilai = ----- X 100 = -----</p> <p align="center">40</p> | <p align="center">Penilai/ Observer</p> <p align="center">.....</p> |
|---|--|

**FORMULIR 1.2. PENILAIAN KETERAMPILAN:
PROSEDUR PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN NEONATUS**

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|-----------------------|--|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| ASSESSMENT (A) | | | | |
| 1. | Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien | | | |
| PLANNINGT (P) | | | | |
| 2. | Persiapan perawat | | | |
| 3. | Persiapan alat : <i>Status Pasien, Alat tulis, Gelang identitas(warna merah muda/ biru muda)</i> | | | |
| 4. | Persiapan Lingkungan | | | |
| 5. | Beri salam sambil berjabat tangan | | | |

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

6. Perkenalkan diri perawat
7. Tanyakan nama klien
8. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
Kontrak: waktu dan tempat

IMPLEMENTATION (I)

9. Bina hubungan saling percaya
10. Pasang gelas identitas bayi
 - Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenalan berisikan **jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal & jam lahir bayi**, nomor rekam medis bayi, dan modus kelahiran.
 - Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas & diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi.
11. Gunakan gelang pengenalan berwarna **merah muda** (pink) untuk bayi perempuan dan **biru** untuk bayi laki-laki.
 - Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenalan berwarna putih.
12. Jelaskan kepada ibu & keluarga, tentang bahaya bila pasien menolak, melepas, menutup gelang dengan tape perban, dll.
13. Evaluasi pengetahuan ibu/keluarga tentang pentingnya gelang identitas pasien

EVALUATION (E)

14. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien
15. Berikan reinforcement positif
16. Tentukan rencana tindak lanjut
17. Beri salam terapeutik

DOKUMENTASI

18. Catat hasil tindakan memasang gelang identitas

SIKAP

19. Dilakukan dengan sistematis
20. Percaya diri

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

| | |
|--|-----------------------------------|
| Jumlah Nilai Nilai = ----- X 100 = ----- 40 | Penilai/ Observer |
|--|-----------------------------------|

Ringkasan

1. Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien. Tindakan mengidentifikasi pasien adalah proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.
2. Tanda yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien, meliputi:
 - a. Untuk membedakan jenis kelamin pasien, digunakan perbedaan warna pada gelang identitas pasien, gelang pink untuk perempuan, dan gelang biru muda untuk laki-laki.
 - b. Untuk pasien yang sudah menggunakan gelang identitas pasien, tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka): nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis. Untuk pasien yang tidak sadar, petugas harus bertanya langsung kepada keluarga/ penunggu pasien (nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis). Lalu cocokan/ periksa dan bandingkan data nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis pada gelang pasien dengan data di formulir terkait (misal: form pemeriksaan). Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat/ tindakan sesuai rencana.
 - c. Jika terdapat ≥ 2 pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya
 - d. Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenalan berisikan **jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal & jam lahir bayi**, nomor rekam medis bayi, dan modus kelahiran. Dan Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi.
 - e. Untuk pasien dengan alergi digunakan gelang merah
 - f. Untuk pasien yang berisiko jatuh digunakan gelang/ klip warna kuning
3. Tata laksana pelepasan gelang identitas pasien, meliputi:
 - a. Gelang pengenalan (Gelang Pink/ Gelang Biru), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
 - b. Gelang untuk alergi (Gelang Merah), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
 - c. Gelang untuk risiko jatuh (Gelang Kuning), hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh
 - d. Yang bertugas melepas gelang identifikasi adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit (PPJP).
 - e. Gelang identifikasi dilepas setelah semua proses pemulangan pasien selesai dilakukan. Proses ini meliputi: pemberian obat-obatan kepada pasien dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan keluarga.
 - f. Gelang identifikasi yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.

- g. Terdapat kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelang identifikasi sementara (saat masih dirawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang identifikasi mengganggu suatu prosedur. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang identifikasi dipasang kembali.

Tugas Praktika 1

Lakukanlah prosedur tindakan mengidentifikasi pasien berikut ini

1. Identifikasi pasien yang menggunakan gelang identifikasi pasien
2. identifikasi pasien pada pelayanan tranfusi

Gunakan Formulir Penilaian keterampilan yang sesuai untuk tugas praktika tersebut

Petunjuk/ Jawaban Tugas Praktika

1. Mengidentifikasi pasien yang telah menggunakan gelas identitas

Lakukan prosedur dan mintalah instruktur/ teman Anda untuk mengobaservasi & menilai tindakan yang Anda lakukan, menggunakan formulir 1.3. Berikut ini

FORMULIR 1.3. PENILAIAN KETERAMPILAN (Pendekatan APIE):

PROSEDUR MENGIDENTIFIKASI PASIEN YANG TELAH MENGGUNAKAN GELANG IDENTITAS

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|---------------------------|---|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| ASSESSMENT (A) | | | | |
| 1. | Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien | | | |
| PLANNINGT (P) | | | | |
| 2. | Persiapan perawat | | | |
| 3. | Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> - Status Pasien - Alat tulis - Peralatan untuk tindakan keperawatan (sesuai indikasi tindakan identifikasi pasien) | | | |
| 4. | Persiapan Lingkungan | | | |
| 5. | Beri salam sambil berjabat tangan | | | |
| 6. | Perkenalkan diri perawat | | | |
| 7. | Tanyakan nama klien | | | |
| 8. 9. | Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Kontrak: waktu dan tempat | | | |
| IMPLEMENTATION (I) | | | | |
| 10. | Bina hubungan saling percaya | | | |
| 11. | Tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka) : nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis. | | | |

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

- Untuk pasien yang tidak sadar à bertanya langsung kepada keluarga/ penunggu pasien (nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis).
12. Cocokan/ periksa dan bandingkan data nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis pada gelang pasien dengan data di formulir terkait (misal: form pemeriksaan).
- Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat/ tindakan sesuai rencana
- Jika terdapat ≥ 2 pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.

EVALUATION (E)

13. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien
14. Berikan reinforcement positif
15. Tentukan rencana tindak lanjut
16. Beri salam terapeutik

DOKUMENTASI

17. Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya

SIKAP

19. Dilakukan dengan sistematis
20. Percaya diri

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Nilai ≤ 80 = Kurang/ tidak lulus

| | |
|--|-----------------------------------|
| Jumlah Nilai Nilai = ----- X 100 = ----- 40 | Penilai/ Observer |
|--|-----------------------------------|

2. Mengidentifikasi pasien yang akan mendapatkan tranfusi darah
Lakukan prosedur dan mintalah instruktur/ teman Anda untuk mengobaservasi & menilai tindakan yang Anda lakukan, menggunakan formulir 1.4. Berikut ini

**FORMULIR 1.4. PENILAIAN KETERAMPILAN:
PROSEDUR MENGIDENTIFIKASI PASIEN PADA PELAYANAN TRANFUSI**

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|---------------------------|--|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| ASSESSMENT (A) | | | | |
| 1. | Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien | | | |
| PLANNINGT (P) | | | | |
| 2. | Persiapan perawat | | | |
| 3. | Persiapan alat : <i>Status Pasien; Alat tulis; Peralatan untuk tindakan tranfusi</i> | | | |
| 4. | Persiapan Lingkungan | | | |
| 5. | Bina hubungan saling percaya: Beri salam sambil berjabat tangan; Perkenalkan diri perawat | | | |
| 6. | Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan, tanyakan kesiapan pasien | | | |
| 7. | Kontrak: waktu dan tempat | | | |
| IMPLEMENTATION (I) | | | | |
| 8. | Anda dan teman sejawat Anda (staf RS yang kompeten) memastikan kebenaran: data demografik pada kantong darah, jenis darah, golongan darah pada pasien dan yang tertera pada kantong darah, waktu kadaluasanya, dan identitas pasien pada gelang pengenalan. | | | |
| 9. | Identifikasi pasien. Anda meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya → Jika staf RS tidak yakin/ ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar | | | |
| 10. | Lakukan prosedur tindakan tranfusi darah | | | |
| 11. | Observasi dan Pastikan ketepatan tetesan dan kelancaran aliran darah | | | |
| 12. | Observasi reaksi dan tanda-tanda komplikasi tranfusi | | | |
| EVALUATION (E) | | | | |
| 13. | Evaluasi respon subjektif dan objektif klien | | | |
| 14. | Berikan reinforcement positif | | | |
| 15. | Tentukan rencana tindak lanjut | | | |
| 16. | Beri salam terapeutik | | | |
| DOKUMENTASI | | | | |
| 17. | Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya | | | |
| SIKAP | | | | |
| 19. | Dilakukan dengan sistematis | | | |
| 20. | Percaya diri | | | |

Jumlah Nilai

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

| | |
|--|---------------------------------------|
| <p>Jumlah Nilai</p> <p>Nilai = ----- X 100 = -----</p> <p>40</p> | <p>Penilai/ Observer</p> <p>.....</p> |
|--|---------------------------------------|

Topik 2

Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Sebelum melaksanakan kegiatan dalam topic 2 ini, pastikan bahwa Anda sudah memahami konsep teori tentang komunikasi efektif. Setelah menyelesaikan topik ini diharapkan Anda dapat melakukan komunikasi efektif untuk keselamatan pasien, meliputi:

1. Mendemonstrasikan prosedur/ langkah-langkah memberikan laporan kondisi pasien
2. Mendemonstrasikan prosedur menerima laporan hasil tes kritis/ pemeriksaan cito atau menerima instruksi verbal patelepon

URAIAN MATERI

1. Komunikasi dengan pendekatan S B A R

Komunikasi efektif dapat terjadi dengan menggunakan suatu format baku agar komunikasi terstandar dan berlangsung secara efektif dan efisien. Salah satu format baku yang di pergunakan oleh JAHCO adalah format SBAR. SBAR merupakan kerangka komunikasi yang mempermudah mengatasi hambatan dalam komunikasi. SBAR merupakan bentuk struktur mendasari komunikasi antara pemberi informasi dengan penerima informasi. SBAR mudah diingat yang praktis untuk komunikasi atau percakapan. SBAR tersusun sebagai berikut: S = *Situation*; B = *Background*; A = *Assessment*; R = *Recommendation*.

Komunikasi verbal atau komunikasi tulis yang kurang adekuat merupakan sumber kesalahan yang serius pada pusat pelayanan kesehatan. Analisis akar masalah ditemukan sebagai sumber kesalahan yang terjadi secara umum di sebabkan dari kedua macam komunikasi ini. Terdapat beberapa hambatan dalam komunikasi antar petugas pemberi pelayanan karena factor hirarki, gender, suku, perbedaan gaya komunikasi antar disiplin ilmu dan gaya komunikasi individual.

2. Tujuan dan keuntungan menggunakan SBAR

Tujuan dan keuntungan menggunakan SBAR (Byred et al, 2009) ,yaitu :

- a. Meningkatkan keamanan keselamatan pasien (patient safety).
- b. Memberikan standar untuk penyebaran atau berbagi informasi.
- c. Meningkatkan kekuatan atau penjelasan dari para pemberi pelayanan kesehatan dalam mengajukan permintaan perubahan perawatan pasien atau untuk menyelesaikan informasi dalam keadaan kritis dengan benar dan akurat.
- d. Meningkatkan efektivitas kerja tim.
- e. Dapat dipergunakan pada daerah spesifik

3. Isi laporan SBAR

- **S (*Situation*):**

- melaporkan situasi pasien, meliputi: nama pasien, umur, lokasi, masalah yang ingin disampaikan, tanda-tanda vital pasien, kekhawatiran petugas terhadap kondisi pasien yang belum maupun sudah teratasi.
 - Mengawali suatu komunikasi di perlukan pengenalan antara penyampai berita dan penerima berita. Dalam hal ini identitas Anda (petugas) dan unit pelayanan kesehatan diinformasikan. Selain itu juga perlu disampaikan kepada siapa (penerima) informasi yang petugas ajak berkomunikasi
 - Dalam situasi ini perlu petugas menjelaskan permasalahan yang dihadapinya, misalnya: pasien serta kekhawatiran bila tidak di lakukan tindakan. Dalam hal menginformasikan pasien disebutkan identitas pasien.
- **B (Background):**
- menyampaikan latar belakang atau masalah pasien sebelumnya (*Background*)
 - a. Keluhan utama, intervensi yang telah dilakukan, respon pasien → diagnose keperawatan, riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat infasif dan obat atau infuse
 - b. Berilah informasi riwayat medis pasien, atau informasi yang berkaitan dengan permasalahan yang ditemukan. untuk pasien perlu dijelaskan riwayat medisnya, perlu dijelaskan atau digaris bawah riwayat medis yang bermakna. Bila permasalahan di bidang lain misalnya sampel darah atau permasalahan obat maka poin penting dari permasalahan tersebut ditonjolkan
- **A (Assessment):**
- menyampaikan penilaian terhadap kondisi pasien dengan menyampaikan masalah saat ini
 - hasil Pengkajian kondisi pasien terkini (*Assesment*)
 - a. Sebutkan tanda vital, pain score, GCS, status restrain, Resiko jatuh, Status nutrisi, eliminasi hal yang kritis dan lain lain.
 - b. Hasil pemeriksaan penunjang yang abnormal
 - c. Informasi lain yang mendukung
 - d. Penilaian terhadap masalah yang di temukan terkait dengan apa yang menjadi masalah pada pasien. Berilah kesan pasien secara klinis serta hal yang terkait dengan hal tersebut. Jelaskan pula tindakan apa yang sudah di berikan kepada pasien untuk mengatasi permasalahan tersebut sambil menunggu rekomendasi yang diterima petugas
- **R (Recommendation):**
- menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan.
 - a. Usulan pemeriksaan atau tindakan atas kondisi pasien saat ini.
 - b. Tindakan apa yang direkomendasikan untuk memperbaiki masalah

- c. Apa yang dibutuhkan untuk memperbaiki kondisi pasien
 - d. Kapan waktu yang di harapkan tindakan ini terjadi
- Jelaskan kepada petugas rekomendasi yang diberikan untuk mengatasi permasalahan tersebut. Saran disampaikan dengan jelas, bagaimana cara melaksanakan saran serta tentukan waktu pelaksanaannya serta tindak lanjutnya. Terakhir, rekomendasi yang diberikan, apakah sudah sesuai dengan harapan pada akhir pembicaraan dengan klinisi atau petugas tersebut.

4. Komunikasi TBAK (menerima laporan dengan TBAK)

Komunikasi dengan pendekatan TBAK (Tulis-baca-konfirmasi) dilakukan saat petugas menerima instruksi verbal pertelepon/ lisan dari Dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Komunikasi ini juga harus dilakukan pada saat petugas menerima laporan hasil tes kritis/ *critical test*/ pemeriksaan cito, yaitu hasil pemeriksaan diagnostik/ penunjang yang memerlukan penanganan segera. Prosedur komunikasi TBAK, adalah sebagai berikut:

| PROSEDUR KOMUNIKASI TBAK | |
|---------------------------------|---|
| TULIS: | Penerima pesan menuliskan pesan lengkap yang disampaikan pengirim di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), meliputi: <ul style="list-style-type: none">1) Tanggal & jam pesan diterima2) Nama lengkap pasien, tanggal lahir, diagnosa3) Gunakan simbol/ singkatan sesuai standar4) Dosis/ nilai harus spesifik untuk menghindari salah penafsiran5) Nama petugas pelapor/ memberi pesan6) Nama dan ttd petugas penerima pesan7) Bila pesan melalui telepon, pengirim pesan/ dokter menandatangani pada saat visit hari berikutnya |
| BACA: | Baca yaitu membacakan kembali instruksi/ isi pesan lengkap tersebut kepada pemberi pesan |
| KONFIRMASI: | <ul style="list-style-type: none">a. Pemberi pesan mengkonfirmasi isi pesan dengan jawaban “Ya benar”b. Pemberi pesan/ instruksi menanda tangani dan menulis tanggal dan jam penandatanganan dalam kotak stempel KONFIRMASI dalam catatan perkembangan terintegrasi, dalam waktu 1 x 24 jam |

5. Kapan komunikasi SBAR digunakan/ dilakukan?

SBAR dipergunakan sebagai landasan menyusun komunikasi verbal, tertulis lewat menyusun surat dari berbagai keadaan perawatan pasien, antara lain :

- a. saat serah terima Pasien (antar shift keperawatan, perpindahan pasien antar unit kerja)
- b. Saat Petugas melaporkan kondisi pasien kepada Dokter penanggung jawab Pasien (DPJP). Isi laporan yang disampaikan, meliputi:
 - kondisi pasien yang kritis
 - pemeriksaan penunjang dengan hasil nilai kritis
 - kondisi pasien yang mendapat pengobatan dan memerlukan pengawasan khusus
 - kondisi pasien yang memerlukan monitoring ketat
- c. Pasien rawat jalan dan pasien rawat inap.
- d. Komunikasi pada kasus urgent dan non urgent.
- e. Komunikasi dengan pasien, perorangan atau lewat telepon
- f. Keadaan khusus antara dokter dan perawat.
- g. Membantu konsultasi antara dokter dengan dokter.
- h. Mendiskusikan dengan konsultan professional lain misal terapi respirasi, fisioterapi.
- i. Komunikai dengan mitra bestari.
- j. Komunikasi pada saat perubahan shift jaga.
- k. Meningkatkan perhatian
- l. Serah terima dari petugas ambulans kepada staf rumah sakit.

Contoh:

SERAH TERIMA PASIEN DENGAN KOMUNIKASI SBAR

- **Situasi:** Pasien Tn Gun, 45 thn, dirawat di kamar 605, saat ini mengalami gangguan pernafasan dengan RR 35 x/mt
- **Background:** Pasien masuk rumah sakit 2 hari yang lalu dengan riwayat, Pneumothorax, O2 saturasi turun, 95% dalam 2 menit menjadi 85% dgn non rebreathing, pada auskultasi: suara pernafasan menurun di sebelah kanan. Tracheal shift, peningkatan distress, pasien saat ini diposisikan tidur semi fowler
- **Assessment:** Pasien tampaknya mengalami gagal nafas/ gangguan pertukaran gas
- **Recommendation:** Dokter telah dihubungi melalui telepon belum terhubung, mohon dihubungi kembali untuk kemungkinan alih rawat ICU untuk pemasangan ventilator.

Latihan Praktika

Anda seorang Perawat dinas pagi, akan melakukan serah terima pasien kepada perawat dinas sore.

KASUS 1:

Seorang pasien laki-laki bernama Tn. Anto tanggal lahir 22 April 1970. Saat ini dirawat di lantai 7, kamar 711. Pasien mengalami gangguan pernapasan, TD 130/ 90 mmHg, Nadi 88 x/ menit,

RR 25 x/ menit. Pasien masuk rumah sakit 2 hari yang lalu dengan riwayat Pneumothorax, O2 saturasi turun dari 95% dalam 2 menit menjadi 85% dgn non rebreathing, pada auskultasi: suara pernafasan menurun disebelah kanan, Tracheal shift, distress pernafasan, pasien saat ini diposisikan tidur semi fowler. Anda menilai bahwa Pasien tampaknya tidak stabil dan cenderung memburuk, mengalami gagal nafas/ gangguan pertukaran gas. Anda meminta dokter untuk segera datang, dan menanyakan apakah diperlukan pindah rawat ke ruang intensif dan tindakan intubasi.

Instruksi:

1. Kelompokkanlah data pada Kasus-1 (Tn. Anto) menjadi struktur SBAR
2. Mintalah teman Anda/ instruktur untuk mengobservasi praktik melaporkan kondisi pasien yang Anda lakukan (lakukan sampai dengan tindakan Anda sempurna/ mendapat Nilai 100)

Petunjuk Jawaban Latihan Praktika

1. Struktur Komunikasi SBAR pada kasus Tn. Anto, adalah sebagai berikut:
 - **Situasi:** Tn Anto Suanto, Tanggal lahir 22 April 1970, rawat di lantai 7, kamar 711, mengalami gangguan pernafasan, TD 130/90, N 88, RR 25 x/mt
 - **Background:** Pasien masuk rumah sakit 2 hari yang lalu dengan riwayat Pneumothorax, O2 saturasi turun dari 95% dalam 2 menit menjadi 85% dgn non rebreathing, pada auskultasi: suara pernafasan menurun disebelah kanan, Tracheal shift, distress pernafasan, pasien saat ini diposisikan tidur semi fowler
 - **Assessment:** Pasien tampaknya tidak stabil dan cenderung memburuk, mengalami gagal nafas/ gangguan pertukaran gas
 - **Recommendation:** Mohon segera datang, apakah diperlukan pindah rawat ke ruang intensif dan tindakan intubasi. (Stempel)

Gunakan formulir 2.1 Penilaian Keterampilan Melaporkan Kondisi Pasien (dengan komunikasi SBAR) dan formulir 2.2 Penilaian Keterampilan Melaporkan Kondisi Pasien Pada Saat Handover berikut.

**FORMULIR 2.1. PENILAIAN KETERAMPILAN:
PROSEDUR MELAPORKAN KONDISI PASIEN KEPADA DOKTER**

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|-----------------------|---|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| ASSESSMENT (A) | | | | |
| 1 | Kaji kelengkapan data pasien yang akan dilaporkan | | | |
| PLANNING (P) | | | | |
| 2 | Persiapan perawat | | | |
| 3 | Persiapan alat : Saluran telepon; Status Pasien; Alat tulis | | | |
| 4 | Persiapan Lingkungan | | | |
| 5 | Bina hubungan saling percaya: | | | |

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

Beri salam; Perkenalkan diri perawat; Tanyakan nama dokter/ petugas yang menerima laporan; Sampaikan tujuan menelepon; Kontrak: waktu dan tempat

IMPLEMENTATION (I)

Laporkan kondisi pasien:

Situation (kondisi terkini yang terjadi pada pasien):

- 6 Perawat menyebutkan nama, umur pasien dan lokasi
- 7 Perawat menyebutkan nama dokter yang menangani pasien
- 8 Perawat menyebutkan masalah kesehatan yang dialami pasien (penyakit).
- 9 Perawat menyebutkan tanda-tanda vital dan kekhawatiran Perawat terhadap kondisi pasien)

Background (Info penting berhubungan dengan kondisi pasien terkini):

- 10 Perawat menyampaikan latar belakang atau masalah pasien sebelumnya
- 11 Perawat menyebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan

12 **Assessment** (hasil pengkajian dari kondisi pasien terkini):

Perawat menyampaikan penilaian terhadap kondisi pasien, dengan menyampaikan masalah pasien saat ini

13 **Recommendation**/Rekomendasi

Perawat menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan

EVALUATION (E)

- 14 Evaluasi respon dokter/ penerima laporan terhadap rekomendasi
- 15 Klarifikasi rekomendasi yang diberikan oleh penerima laporan
- 16 Tentukan rencana tindak lanjut
- 17 Beri salam

DOKUMENTASI

- 18 Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya

SIKAP

- 19 Dilakukan dengan sistematis
- 20 Percaya diri

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

| |
|-----------------------------|
| Jumlah Nilai |
| Nilai = ----- X 100 = ----- |
| 40 |

| |
|-------------------|
| Penilai/ Observer |
| |

FORMULIR 2.2. PENILAIAN KETERAMPILAN:

PROSEDUR MELAPORKAN KONDISI PASIEN PADA SAAT HANDOVER

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|--|---|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| ASSESSMENT (A) | | | | |
| 1 | Kaji kelengkapan data pasien yang akan dilaporkan | | | |
| PLANNING (P) | | | | |
| 2 | Persiapan perawat | | | |
| 3 | Persiapan alat: Status Pasien, Alat tulis | | | |
| 4 | Persiapan Lingkungan | | | |
| 5 | Bina hubungan saling percaya: beri salam; Perkenalkan diri perawat; Sampaikan tujuan serah terima pasien; Kontrak: waktu dan tempat | | | |
| IMPLEMENTATION (I) | | | | |
| Laporkan kondisi pasien: | | | | |
| Situation (kondisi terkini yang terjadi pada pasien): | | | | |
| 6 | Perawat (P) menyebutkan nama dan umur pasien | | | |
| 7 | P menyebutkan tanggal pasien masuk ruangan & hari perawatannya | | | |
| 8 | P menyebutkan nama dokter yang menangani pasien | | | |
| 9 | P menyebutkan diagnose medis pasien/ penyakit yang dialami pasien | | | |
| 10 | P menyebutkan masalah keperawatan pasien yang sudah & belum teratasi | | | |
| Background (Info penting berhubungan dengan kondisi pasien terkini) | | | | |
| 11 | P menjelaskan intervensi/ tindakan dari setiap masalah keperawatan pasien | | | |
| 12 | P menyebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan | | | |
| 13 | P menyebutkan pemasangan alat invasif (infus, dan alat bantu lain seperti kateter dll), serta pemberian obat & cairan infus | | | |
| 14 | P menjelaskan dan mengidentifikasi pengetahuan pasien terhadap diagnose medis/ penyakit yang dialami pasien | | | |
| 15 | Assessment (hasil pengkajian dari kondisi pasien terkini): | | | |
| 16 | P menjelaskan hasil pengkajian pasien terkini | | | |
| | P menjelaskan kondisi klinik lain yang mendukung, seperti hasil Lab, Rontgen | | | |
| 17 | Recommendation/Rekomendasi: | | | |
| | Perawat menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan | | | |
| EVALUATION (E) | | | | |
| 18 | Evaluasi respon subjektif & objektif dari petugas yang menerima pasien | | | |
| 19 | Berikan reinforcement positif | | | |
| 20 | Tentukan rencana tindak lanjut | | | |
| 21 | Beri salam | | | |
| DOKUMENTASI | | | | |
| 22 | Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya | | | |
| SIKAP | | | | |

- 23 Dilakukan dengan sistematis
- 24 Percaya diri

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

| | |
|--|---------------------------------------|
| <p>Jumlah Nilai</p> <p>Nilai = ----- X 100 = -----</p> <p style="margin-left: 100px;">48</p> | <p>Penilai/ Observer</p> <p>.....</p> |
|--|---------------------------------------|

Latihan Komunikasi Tbk

Untuk berlatih melakukan komunikasi TBAK dalam menerima pesan/ instruksi instruksi per telepon/ lisan, Anda dapat gunakan Formulir 2.3. Mintalah teman atau instruktur Anda untuk mengobservasi tindakan yang Anda lakukan pada saat berlatih menerima pesan/ instruksi.

**FORMULIR 2.3. PENILAIAN KETERAMPILAN
PROSEDUR MENERIMA INSTRUKSI PER TELEPON/ LISAN/ HASIL PEMERIKSAAN KRITIS**

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|---------------------------|--|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| ASSESSMENT (A) | | | | |
| 1 | Kaji kesiapan diri perawat | | | |
| PLANNING (P) | | | | |
| 2 | Persiapan alat: Status Pasien (catatan perkembangan pasien terintegrasi), Alat tulis | | | |
| 3 | Persiapan Lingkungan (tidak mengganggu konsentrasi, pendengaran, penglihatan) | | | |
| IMPLEMENTATION (I) | | | | |
| 4 | Bina hubungan saling percaya: Beri salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); Sampaikan siap menerima pesan | | | |
| 5 | Tanyakan nama dan jabatan yang menelepon/ memberikan instruksi TULIS: Penerima pesan menuliskan pesan lengkap yang disampaikan pengirim di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), meliputi: | | | |
| 6 | a. Tanggal & jam pesan diterima | | | |
| 7 | b. Nama lengkap pasien, tanggal lahir, diagnosa | | | |
| 8 | c. Gunakan simbol/ singkatan sesuai standar | | | |
| 9 | d. Dosis/ nilai harus spesifik untuk menghindari salah penafsiran | | | |
| 10 | e. Nama petugas pelapor/ memberi pesan | | | |
| 11 | f. Nama dan ttd petugas penerima pesan | | | |
| 12 | g. Bila pesan melalui telepon, pengirim pesan/ dokter menandatangani pada saat visit hari berikutnya | | | |

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

13 **BACA:** Penerima pesan membacakan kembali instruksi/ isi pesan lengkap tersebut kepada pemberi pesan

KONFIRMASI:

- 14 a. Penerima pesan mengkonfirmasi apakah yang dibacakan sudah benar?
→ Pemberi pesan meng**konfirmasi isi pesan** dengan jawaban “Ya benar”
- 15 b. Penerima pesan menanyakan/ mengingatkan kepada pemberi pesan untuk menandatangani pesan yang ditulis
→ Pemberi pesan/ instruksi menanda tangani dan menulis tanggal dan jam penandatanganan dalam kotak stempel KONFIRMASI dalam catatan perkembangan terintegrasi, dalam waktu 1 x 24 jam

EVALUATION (E)

- 16 Evaluasi respon subjektif & objektif dari petugas yang menerima pasien
- 17 Berikan reinforcement positif
- 18 Tentukan rencana tindak lanjut
- 19 Beri salam

DOKUMENTASI

- 20 Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|--------------|-----------------------------|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| SIKAP | | | | |
| 21 | Dilakukan dengan sistematis | | | |
| 22 | Percaya diri | | | |

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

| | |
|--|--|
| <p>Jumlah Nilai</p> <p>Nilai = ----- X 100 = -----</p> <p align="center">44</p> | <p>Penilai/ Observer</p> <p>.....</p> |
|--|--|

Ringkasan

Untuk meningkatkan keselamatan pasien yang dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan, perawat dan tenaga kesehatan lain harus mampu dan terampil menerapkan sasaran keselamatan pasien yang kedua, yaitu meningkatkan komunikasi yang efektif. Pendekatan komunikasi yang digunakan meliputi komunikasi SBAR dan TBAK.

- Komunikasi efektif dengan pendekatan SBAR mudah diingat dan praktis untuk komunikasi atau percakapan. SBAR tersusun sebagai berikut: *S = Situation; B = Background; A = Assessment; R = Recommendation*.
- Komunikasi dengan pendekatan ini dilakukan pada saat perawat atau petugas kesehatan lain melaporkan kondisi pasien dan kekhawatiran pelapor terhadap kondisi pasien (*situation*), latar belakang atau masalah pasien sebelumnya (*background*), penilaian terhadap kondisi pasien dengan menyampaikan masalah saat ini - hasil Pengkajian kondisi pasien terkini (*assesment*), dan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan (*Recommendation*).
- Tujuan dan keuntungan menggunakan SBAR, yaitu : a) Meningkatkan keamanan keselamatan pasien (*patient safety*), b) Memberikan standar untuk penyebaran atau berbagi informasi, c) Meningkatkan kekuatan atau penjelasan dari para pemberi pelayanan kesehatan dalam mengajukan permintaan perubahan perawatan pasien atau untuk menyelesaikan informasi dalam keadaan kritis dengan benar dan akurat, d) Meningkatkan efektivitas kerja tim, dan e) Dapat dipergunakan pada daerah spesifik.
- Komunikasi dengan pendekatan TBAK (Tulis-baca-konfirmasi) dilakukan saat petugas menerima instruksi verbal pertelepon/ lisan dari Dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Komunikasi ini juga harus dilakukan pada saat petugas menerima laporan hasil tes kritis/ *critical test*/ pemeriksaan cito, yaitu hasil pemeriksaan diagnostik/ penunjang yang memerlukan penanganan segera.

Tugas Praktika 2

1. Lakukan komunikasi SBAR pada kasus lain. Mintalah teman Anda/ instruktur untuk menilai praktik melaporkan kondisi pasien yang Anda lakukan dengan menggunakan formulir 2.1 dan 2.1.
2. Lakukan komunikasi TBAK pada kasus lain. Mintalah teman Anda/ Instruktur untuk menilai praktik yang Anda lakukan, dengan menggunakan formulir 2.3

Topik 3

Meningkatkan Keamanan Obat yang Harus Diwaspadai

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit mengharuskan rumah sakit di Indonesia untuk mengembangkan kebijakan pengelolaan obat untuk meningkatkan keamanan khususnya obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*). Untuk itu Perawat sebagai tenaga kesehatan yang ikut berperan dalam terpenuhinya kebutuhan pasien akan pengobatan harus memahami kebijakan ini. Sebelum melaksanakan kegiatan pada topik ini pastikan Anda sudah memahami konsep teori tentang upaya meningkatkan keamanan obat yang harus diwaspadai.

Setelah mempelajari topik ini, diharapkan Anda dapat:

1. Melakukan prosedur untuk meningkatkan keamanan *high alert medications* melalui pengecekan ganda (*double check*) sebelum diberikan kepada pasien.
2. mendemonstrasikan prosedur memberikan obat yang harus diwaspadai (*High alert medications*)

URAIAN MATERI

1. Pengertian

High-Alert Medication atau obat dengan kewaspadaan tinggi adalah obat-obat yang secara signifikan berisiko membahayakan pasien bila digunakan dengan salah atau pengelolaan yang kurang tepat. Obat ini sering menyebabkan kesalahan serius (*sentinel event*) dan dapat menyebabkan reaksi obat yang tidak diinginkan (ROTD). Berdasarkan study yang dilakukan oleh *Institute for Safe Medication Practices (ISMP)* di US, obat yang paling sering menyebabkan ROTD dan sentinel event adalah insulin, opium dan narkotik, injeksi *potassium chloride (phospate) concentrate, intravenous anticoagulants (hepari)* dan *sodium chloride solution* lebih besar dari 0,9%. Pengobatan yang aman perlu dijamin dalam setiap langkah pemberian obat, yaitu pada saat: a) Peresepan obat, b) Pemberian obat, dan c) Pemantauan efek obat.

Beberapa terminologi penting terkait pemberian obat:

- *Side-effect*: efek yang diketahui, yaitu efek tambahan dari efek primer obat yang diharapkan. Efek ini terkait dengan efek farmakologis dari sediaan obat tersebut. Contoh: opiat analgesia sering menyebabkan mual
 - *Adverse reaction*: bahaya atau efek yang tidak diinginkan yang terjadi karena tindakan pemberian obat yang benar, dan proses yang benar. Contoh: reaksi alergi yang tidak diharapkan pada pasien yang baru pertama kali menggunakan obat tersebut.
 - *Error*: kegagalan untuk melaksanakan rencana penatalaksanaan atau pemberian obat, atau kesalahan dalam penatalaksanaan. Contoh: kesalahan pemberian obat pada pasien
- Adverse event: kejadian tidak diinginkan yang membahayakan pasien

2. Kategori dan spesifikasi obat yang termasuk ke dalam *high alert medication*

Tabel 3.1. Daftar Obat yang Perlu Diwaspadai

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

| Kategori/kelas obat-obatan | Jenis obat |
|--|---|
| Agonis adnergik IV | Epinefrin, fenilefrin, norepinefrin, isoproterenol |
| Antagonis adrenergic IV | Propranolol, metoprolol, labetalol |
| Agen anestesi (umum, inhalasi, dan IV) | Propofol, ketamin |
| Anti-trombotik, termasuk: | Warfarin, LMWH(low-molecular-weight heparin, unfractionated heparin IV |
| a. Antikoagulan | - |
| b. Inhibitor faktor X a | - |
| c. Direct thrombin inhibitors | - |
| d. Trombolitik | Etexliate |
| e. Inhibitor glikoprotein IIb/IIa | Lepirudin |
| | - |
| | - |
| Larutan /solusio kardioplegik | |
| Agen kemoterapi (parenteral dan oral) | |
| Dekstrosa hipertonic(≥ 20%) | |
| Larutan dialysis (peritoneal dan hemodialisis) | |
| Obat-obatan epidural atau intratekal | |
| Obat hipoglikemik (oral) | |
| Obat inotropik IV | Digoksin, milrinone |
| Insulin (SC dan IV) | Insulin regular, aspart, NPH, glargin |
| Obat-obatan dengan bentuk liposomal | Amfoterisin B liposomal |
| Agen sedasi moderat / sedang IV | Dexmedetomidine, midazolam |
| Agen sedasi moderat/ sedang oral, untuk anak | Chloral hydrate, ketamin, midazolam |
| Agen blok neuromuscular | Suksinikolin, rokuronium, vekuronium, atrakurium, pankurium |
| Preparat nutrisi parenteral | |
| Agen radiokontras IV | |
| Akua bi destilata, inhalasi, dan irigasi (dalam kemasan ≥ 100ml) | |
| Nacl untuk injeksi, hipertonic dengan konsentrasi > 0,9 % | |
| Konsentrat K Cl untuk injeksi | |
| E poprostenol IV | |
| Injeksi Magnesium Sulfat (MgSO4) | |
| Digoksin IV | |

| Kategori/kelas obat-obatan | Jenis obat |
|--|----------------|
| Metotreksat oral (penggunaan non-onkologi) | |
| Opium tincture | |
| Oksitosi IV | |
| Injeksi natrium nitropruside | |
| Injeksi kalium fosfat | |
| Prometazin IV | |
| K alium intravena | |
| V asopressin (IV atau intraoseus) | |
| antikonvulsan | Benzodiazepine |

(Sumber: https://dlscrib.com/download/pedoman-obat-high-alert_58afcc2d6454a7406ab1e8d9_pdf)

| DAFTAR ELEKTROLIT KONSENTRAT | |
|------------------------------|---|
| NO | NAMA OBAT |
| 1 | Kalsium gluconas inj |
| 2 | Kalsium gluseptat inj |
| 3 | Kalium klorida inj |
| 4 | NaCl 3% 500 mL |
| 5 | KCl 25 meq |
| 6 | Kalium asetat $\geq 0,4$ Eq/mL |
| 7 | Kalium fosfat $\geq 0,4$ Eq/mL |
| 8 | Magnesium sulfat > 40 mg/mL dalam larutan 100 mL (4 g dalam 100 ml larutan isotonik / normal salin) |

(Sumber: https://dlscrib.com/download/pedoman-obat-high-alert_58afcc2d6454a7406ab1e8d9_pdf)

Dengan adanya daftar obat di atas, diharapkan bisa mengurangi kesalahan dalam pemberian *high alert medications*. Pemberian *high-alert medications* harus teliti. Hal-hal yang dilakukan untuk meningkatkan keamanan *high alert medications* adalah perawat harus melakukan pengecekan ganda (*double check*) terhadap semua *high alert medications* sebelum diberikan kepada pasien. Selain itu, persiapan dan penyimpanannya pun harus jelas. *High alert medications* harus disimpan di pos perawat di dalam troli atau kabinet yang terkunci dan diberi label yang jelas.

3. Pemberian obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*) di ruang perawatan

- a. Sebelum perawat memberikan obat *high alert* kepada pasien maka perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali (*double check*) secara independen:
 - 1) Benar obat (esesuaian antara obat dengan rekam medik/instruksi dokter)
 - 2) Benar waktu dan frekuensi pemberian
 - 3) Benar dosis (ketepatan perhitungan dosis obat)
 - 4) Benar rute pemberian
 - 5) Benar identitas pasien (Kebenaran nama pasien, Kebenaran nomor rekam medis pasien, Kebenaran umur/ tanggal lahir pasien, Kebenaran alamat rumah pasien, Nama DPJP)
 - 6) Benar informasi
 - 7) Benar dokumentasi
- b. Obat *high alert* infus harus dipastikan:
 - Ketepatan kecepatan pompa infus (infuse pump).
 - Jika obat lebih dari satu, tempelkan label nama obat pada syringe pump dan disetiap ujung jalur selang.

- c. Obat *high alert* elektrolit konsentrasi tinggi harus diberikan sesuai perhitungan standar yang telah baku, yang berlaku di semua ruang perawatan.
- d. Setiap kali pasien pindah ruang rawat, perawat pengantar menjelaskan kepada perawat penerima pasien bahwa pasien mendapatkan obat *high alert*, dan menyerahkan formulir pencatatan obat.
- e. Dalam keadaan emergency yang dapat menyebabkan pelabelan dan tindakan pencegahan terjadinya kesalahan obat *high alert* dapat mengakibatkan tertundanya pemberian terapi dan memberikan dampak yang buruk pada pasien, maka dokter dan perawat harus memastikan terlebih dahulu keadaan klinis pasien yang membutuhkan terapi segera (*cito*) sehingga *double check* dapat tidak dilakukan, namun sesaat sebelum memberikan obat, perawat harus menyebutkan secara lantang semua jenis obat yang diberikan kepada pasien sehingga diketahui dan didokumentasikan dengan baik oleh perawat yang lainnya.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman dan melatih keterampilan Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

1. Lakukanlah prosedur pengecekan ganda (*double check*) sebelum pemberian obat *high alert*
2. Demonstrasikan prosedur memberikan obat yang perlu diwaspadai

Anda dapat menggunakan Formulir 3.1 untuk latihan melakukan prosedur pengecekan ganda (*double check*) sebelum memberikan obat *high alert* dan latihan mendemonstrasikan pemberian obat kepada pasien.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk berlatih keterampilan melakukan prosedur peningkatan keamanan high alert medications melalui pengecekan ganda (double check) sebelum diberikan kepada pasien.

- a. Bacalah prosedur/ langkah-langkah tindakan
- b. Cobalah Anda melakukan sendiri dengan panduan formulir 3.1.
- c. Setelah Anda yakin dapat melakukan tanpa melihat Formulir penilaian, mintalah teman/ Instruktur
- d. Berlatihlah sampai Nilai Anda = 100 atau sempurna, baru lanjutkan ke prosedur lainnya.
- e. Selamat latihan...

FORMULIR 3.1. PENILAIAN KETERAMPILAN:

PROSEDUR PENGECEKAN GANDA (*DOUBLE CHECK*) SEBELUM PEMBERIAN DAN PEMBERIAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI

| No | Aspek yang dinilai | Dilakukan | |
|---------------------------|--|-----------|-------|
| | | Ya | Tidak |
| ASSESSMENT (A) | | | |
| 1. | Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien | | |
| PLANNING (P) | | | |
| 2. | Persiapan perawat | | |
| 3. | Persiapan alat : obat <i>high alert</i> , alat kesehatan yang diperlukan, <i>Status Pasien</i> ; | | |
| 4. | Persiapan Lingkungan | | |
| 5. | Bina hubungan saling percaya: Beri salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); | | |
| 6. | Tanyakan nama dan tanggal lahir klien | | |
| 7. | Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | | |
| 8. | Kontrak: waktu dan tempat | | |
| IMPLEMENTATION (I) | | | |
| 9. | Anda dan Perawat lain melakukan pemeriksaan kembali (<i>double check</i>) secara independen, tentang: | | |
| 10. | 1) Benar obat (kesesuaian antara obat dengan rekam medik/instruksi dokter) | | |
| 11. | 2) Benar waktu dan frekuensi pemberian | | |
| 12. | 3) Benar dosis (ketepatan perhitungan dosis obat) | | |
| 13. | 4) Benar rute pemberian | | |
| 14. | 5) Benar identitas pasien | | |
| 15. | 6) Benar informasi | | |
| 16. | 7) Benar dokumentasi | | |
| 17. | Setelah semua sesuai dan tepat, Perawat memberikan obat <i>high alert</i> kepada pasien dengan hati-hati | | |
| 18. | Perawat memastikan Obat <i>high alert</i> infuse diberikan dengan tepat: | | |
| 19. | Perawat memastikan ketepatan kecepatan pompa infus (infuse pump). | | |
| 20. | Jika obat lebih dari satu, tempelkan label nama obat pada syringe pump dan di setiap ujung jalur selang. | | |
| EVALUATION (E) | | | |
| 21. | Evaluasi respon subjektif dan objektif klien | | |
| 22. | Berikan reinforcement positif | | |
| 23. | Tentukan rencana tindak lanjut | | |
| 24. | Beri salam terapeutik | | |
| DOKUMENTASI | | | |
| 25. | Catat hasil tindakan memberikan obat high alert | | |
| SIKAP | | | |
| 26. | Dilakukan dengan sistematis | | |

27. Percaya diri

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

| | |
|--|---------------------------------------|
| <p>Jumlah Nilai</p> <p>Nilai = ----- X 100 = -----</p> <p style="margin-left: 100px;">27</p> | <p>Penilai/ Observer</p> <p>.....</p> |
|--|---------------------------------------|

Ringkasan

- *High-Alert Medication* atau obat dengan kewaspadaan tinggi adalah obat-obat yang secara signifikan berisiko membahayakan pasien bila digunakan dengan salah atau pengelolaan yang kurang tepat. Obat ini sering menyebabkan kesalahan serius (*sentinel event*) dan dapat menyebabkan reaksi obat yang tidak diinginkan (ROTD).
- Setiap tenaga kesehatan harus mengetahui penanganan khusus untuk obat *high alert*
- Setiap depo farmasi, ruang rawat, poliklinik harus memiliki daftar obat *high alert*, dengan harapan bisa mengurangi kesalahan dalam pemberian *high alert medications*.
- Pemberian *high-alert medications* harus teliti. Hal-hal yang dilakukan untuk meningkatkan keamanan *high alert medications* adalah perawat harus melakukan pengecekan ganda (*double check*) terhadap semua *high alert medications* sebelum diberikan kepada pasien. Persiapan dan penyimpanannya pun harus jelas. *High alert medications* harus disimpan di pos perawat di dalam troli atau kabinet yang terkunci dan diberi label yang jelas (Obat *high alert* disimpan ditempat terpisah, akses terbatas, diberi label *High alert*)
- Prosedur peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai dilakukan mulai dari peresepan, penyimpanan, penyiapan di farmasi dan ruang perawatan dan pemberian obat
- Tidak menyimpan obat kategori kewaspadaan tinggi di meja dekat pasien tanpa pengawasan

Tugas Praktika 3

Lakukanlah/ demonstrasikan prosedur pemberian obat yang perlu diwaspadai, mulai dari pengecekan ganda dengan menerapkan 7 benar sebelum pemberian sampai dengan pemberian obatnya.

Gunakan formulir 3.1 untuk menilai keterampilan Anda.

Lakukan tugas ini sampai dengan nilai Anda = 100

Topik 4

Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa (WHO, 2009). Data World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa selama lebih dari satu abad perawatan bedah telah menjadi komponen penting dari perawatan kesehatan di seluruh dunia. Diperkirakan setiap tahun ada 230 juta operasi utama dilakukan di seluruh dunia, satu untuk setiap 25 orang hidup. Rumah sakit wajib mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien. Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan sering terjadi di rumah sakit/ fasilitas pelayanan kesehatan.

Setelah mempelajari topik ini, diharapkan Anda dapat:

1. Mendemonstrasikan prosedur untuk memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang Benar

URAIAN MATERI

1. Definisi

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara infasive dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (R. Sjahmuhidajat & Wim de jong, 2005). Proses operasi merupakan pembukaan bagian tubuh untuk dilakukan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka.

Pembedahan merupakan cabang dari ilmu medis yang ikut berperan terhadap kesembuhandari luka atau penyakit melalui prosedur manual atau melalui operasi dengan tangan. Bedah atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana (Potter, 2006) Perkembangan baru juga terjadi pada pengaturan tempat untuk dilaksanakan prosedur operasi. Bedah sehari (*ambulatory surgery*), kadangkala disebut pembedahan tanpa rawat inap (*outpatient surgery*) atau pembedahan sehari (*one-day surgery*).

2. Tujuan

Tujuan rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien adalah mencegah dan menurunkan angka kejadian salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi.

Prosedur Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Adapun penyebab dari kesalahan tersebut, adalah:

- komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah,
- kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*),
- tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.
- asesmen pasien yang tidak adekuat,
- penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat,
- budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah,
- permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*),
- pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

3. Peran dan tanggung jawab:

- a. Petugas/Perawat kamar operasi
 - Sebelum tindakan dilakukan, petugas melakukan penandaan area yang akan dilakukan operasi.
 - Sebelum tindakan, petugas melakukan pengecekan ulang seluruh identifikasi pasien dan kelengkapan berkas penunjang sebelum dilakukan tindakan operasi.
 - Dalam pelaksanaan tindakan operasi, petugas melakukan tindakan berdasarkan atas SPO yang berlaku.
- b. Kepala bagian Ruang Operasi
 - Memahami dan mengimplementasikan seluruh prosedur yang ada
 - Memastikan ketepatan pasien dan penandaan area yang akan dilakukan tindakan operasi
 - Melaporkan jika terjadi kesalahan dalam identifikasi ataupun marking area
- c. Ka.Sub Keselamatan Pasien
 - Memastikan dan memantau petugas telah melaksanakan panduan tindakan preoperatif, intraoperatif dan posoperatif dengan baik
 - Melakukan penyelidikan jika telah terjadi kesalahan dalam melakukan tindakan operasi
 - Melakukan pemantauan atas tata kelola panduan tindakan operasi bersama dengan Kepala bagian ruang operasi

4. Prinsip

Prinsip pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, adalah:

- a. Semua pasien rawat jalan, rawat inap, IGD yang akan menjalani suatu prosedur pembedahan, wajib di lakukan penandaan dengan benar saat berada di ruangan atau sekurang kurangnya 1 jam sebelum di lakukan prosedur pembedahan.

- b. Tujuan utama penandaan adalah untuk menghindari salah lokasi, salah prosedur dan salah pasien
- c. Penandaan digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika akan di lakukan suatu prosedur pembedahan
- d. Penandaan di lakukan oleh dokter operator dan wajib ikut di dalam kamar operasi saat prosedur pembedahan di lakukan.
- e. Penandaan dengan menggunakan tanda GARIS tebal “ —”
- f. Untuk identifikasi lokasi operasi wajib mengikut sertakan pasien dalam proses penandaan.
- g. Menggunakan *checklist* atau proses lain untuk verifikasi lokasi yang tepat, prosedur yang tepat, dan pasien yang tepat sebelum operasi, dan seluruh dokumen serta peralatan yang dibutuhkan tersedia, benar dan berfungsi.
- h. Seluruh tim operasi membuat dan mendokumentasikan prosedur *time out* sesaat sebelum prosedur operasi dimulai.

5. Ceklist keselamatan pasien pra operasi

Kematian dan komplikasi akibat pembedahan dapat dicegah. Salah satu pencegahannya dapat dilakukan dengan *surgical safety checklist*. *Surgical Safety Checklist* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari *the briefing phase*, *the time out phase*, *the debriefing phase* sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (*Safety & Compliance*, 2012).

Manual ini menyediakan petunjuk penggunaan *checklist*, saran untuk implementasi, dan rekomendasi untuk mengukur pelayanan pembedahan dan hasilnya. Setting praktek yang berbeda harus mengadapatasi sesuai dengan kemampuan mereka. Tiap poin *checklist* sudah berdasarkan bukti klinis atau pendapat ahli dimana yang akan mengurangi kejadian yang serius, mencegah kesalahan pembedahan, dan hal ini juga mempengaruhi kejadian yang tidak diharapkan atau biaya tidak terduga. *Checklist* ini juga dirancang untuk kemudahan dan keringkasan.

Banyak langkah yang sudah diterima sebagai praktek yang rutin di berbagai fasilitas di seluruh dunia walaupun jarang diikuti oleh keseluruhan. Tiap bagian bedah harus praktek dengan *checklist* dan mengevaluasi bagaimana kesensitivan integrasi checklist ini dengan alur operasi biasanya. Tujuan utama dari WHO *surgical safety checklist*-dan manualnya-untuk membantu mendukung bahwa tim secara konsisten mengikuti beberapa langkah keselamatan yang kritis dan meminimalkan hal yang umum dan risiko yang membahayakan dan dapat dihindari dari pasien bedah. *Checklist* ini juga memandu interaksi verbal antar tim sebagai arti konfirmasi bahwa standar perawatan yang tepat dipastikan untuk setiap pasien.

6. Tiga fase operasi

Untuk mengimplementasikan *checklist* selama pembedahan, seorang harus bertanggungjawab untuk melakukan pengecekan *checklist*. Hal ini diperlukan seorang *checklist* koordinator biasanya perawat sirkuler tapi dapat berarti setiap klinisi yang berpartisipasi dalam operasi. *Checklist* membedakan operasi menjadi 3 fase dimana berhubungan dengan waktu tertentu seperti pada prosedur normal, yaitu: a) periode sebelum induksi anestesi (*sign in*), b) setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan, dan c) periode selama atau setelah penutupan luka tapi sebelum pasien masuk RR.

d. Fase Sign in

Fase Sign In adalah fase sebelum induksi anestesi, koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, oksimeter pulse pada pasien berfungsi. Koordinator dengan profesional anestesi mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi.

e. Fase Time Out

Fase Time Out adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.

f. Fase Sign Out

Fase Sign Out adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah akhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (Surgery) & Apakah pasien sudah dikonfirmasi identitasnya, tempat operasi, prosedur dan persetujuan?

Koordinator ceklist secara verbal menkonfirmasi identitas pasien, tipe prosedur yang akan dilaksanakan, tempat pembedahan, dan persetujuan pembedahan yang sudah diberikan. Walau hal ini terlihat berulang kali, namun langkah ini penting untuk memastikan tim tidak mengoperasi pasien yang salah atau bagian yang salah atau melakukan prosedur yang salah. Saat konfirmasi dengan pasien tidak mungkin dilakukan seperti pada kasus anak atau pasien yang cacat, pengasuh atau keluarga dapat menggantikan peran pasien. Jika pengasuh atau keluarga tidak ada (Lives, 2008).

Setiap langkah harus dicek secara verbal dengan anggota tim yang sesuai untuk memastikan bahwa tindakan utama telah dilakukan. Oleh karena itu, sebelum induksi anstesi, koordinator ceklist secara verbal akan mereview dengan anstesist dan pasien (jika mungkin) bahwa

identitas pasien sudah dikonfirmasi, bahwa prosedur dan tempat yang dioperasi sudah benar dan persetujuan untuk pembedahan sudah dilakukan. Koordinator akan melihat dan mengkonfirmasi secara verbal bahwa tempat operasi sudah ditandai (jika mungkin) dan mereview dengan anestesist risiko kehilangan darah pada pasien, kesulitan jalan napas dan reaksi alergi dan mesin anastesi serta pemeriksaan medis sudah lengkap. Idealnya ahli bedah akan hadir pada fase sebelum anastesi ini sehingga mempunyai ide yang jelas untuk mengantisipasi kehilangan darah, alergi, atau komplikasi pasien yang lain. Bagaimanapun juga, kehadiran ahli bedah tidak begitu penting untuk melengkapi ceklist ini.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman dan melatih keterampilan Anda mengenai materi topik 4, kerjakanlah latihan berikut:

1. Lakukanlah prosedur tindakan penandaan area tubuh pasien yang akan dilakukan operasi.
2. Demonstrasikan prosedur verifikasi seluruh identifikasi pasien dan kelengkapan berkas penunjang sebelum dilakukan tindakan operasi.

Anda dapat menggunakan Formulir 4.1 untuk latihan melakukan prosedur penandaan area tubuh pasien yang akan dilakukan operasi, dan formulir 4.2 untuk melakukan verifikasi sebelum operasi.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk berlatih keterampilan melakukan prosedur

- a. Bacalah prosedur/ langkah-langkah tindakan
- b. Cobalah Anda melakukan sendiri dengan panduan formulir 4.1. dan 4.2
- c. Setelah Anda yakin dapat melakukan tanpa melihat Formulir penilaian, mintalah teman/ Instruktur
- d. Berlatihlah sampai Nilai Anda = 100 atau sempurna, baru lanjutkan ke prosedur lainnya.
- e. Selamat latihan...

**FORMULIR 4.1. PENILAIAN KETERAMPILAN:
MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR,
PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR**

| No | Aspek yang dinilai | Dilakukan |
|----|--------------------|-----------|
|----|--------------------|-----------|

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

| | Ya | Tidak |
|--|----|-------|
| ASSESSMENT (A) | | |
| 1. Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien | | |
| PLANNING (P) | | |
| 2. Persiapan perawat | | |
| 3. Persiapan alat: | | |
| 4. Persiapan Lingkungan | | |
| 5. Bina hubungan saling percaya: Ucapkan salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); | | |
| 6. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | | |
| 7. Kontrak: waktu dan tempat | | |
| IMPLEMENTATION (I) | | |
| 8. Pastikan identitas pasien pada gelang pasien, tanyakan nama, tempat tanggal lahir, no RM | | |
| 9. Jelaskan materi tentang penandaan lokasi operasi pada pasien dan atau keluarga pasien | | |
| 10. Berikan tanda lokasi operasi dengan tanda yang tidak mudah luntur dan mudah dikenali | | |
| 11. melibatkan pasien saat dilakukan penandaan lokasi operasi tersebut | | |
| 12. Lakukan verifikasi pada pasien dan atau keluarga bahwa mereka telah memahami dan mengetahui lokasi yang akan dilakukan operasi | | |
| 13. Ucapkan terimakasih, dan semoga semuanya dapat berjalan dengan baik. | | |
| EVALUATION (E) | | |
| 14. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien | | |
| 15. Berikan reinforcement positif | | |
| 16. Tentukan rencana tindak lanjut | | |
| 17. Beri salam terapeutik | | |
| DOKUMENTASI | | |
| 18. Catat hasil tindakan memberikan obat high alert | | |
| SIKAP | | |
| 19. Dilakukan dengan sistematis | | |
| 20. Percaya diri | | |

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

| | |
|--|--|
| <p>Jumlah Nilai</p> <p>Nilai = ----- X 100 = -----</p> <p align="center">20</p> | <p>Penilai/ Observer</p> <p>.....</p> |
|--|--|

**FORMULIR 4.2. PENILAIAN KETERAMPILAN:
MELAKUKAN VERIFIKASI SEBELUM OPERASI UNTUK MEMASTIKAN
PEMBEDAHAN YANG BENAR (LOKASI, PROSEDUR, PASIEN)**

| No | Aspek yang dinilai | Dilakukan | |
|---------------------------|--|-----------|-------|
| | | Ya | Tidak |
| ASSESSMENT (A) | | | |
| 1. | Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien | | |
| PLANNING (P) | | | |
| 2. | Persiapan perawat | | |
| 3. | Persiapan alat: | | |
| 4. | Persiapan Lingkungan | | |
| 5. | Bina hubungan saling percaya: Ucapkan salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); | | |
| 6. | Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | | |
| 7. | Kontrak: waktu dan tempat | | |
| IMPLEMENTATION (I) | | | |
| 8. | Melakukan identifikasi identitas pasien pada gelang pasien, tanyakan nama, tempat tanggal lahir, no RM | | |
| 9. | Jelaskan tentang tindakan verifikasi yang dilakukan sebelum operasi <u>Menggunakan <i>check-list</i>:</u> | | |
| 10. | melakukan verifikasi semua dokumen, gambar atau citra, penyelidikan yang relevam telah tersedia, sudah diberi label & ditampilkan, | | |
| 11. | Melakukan verifikasi memastikan tersedianya peralatan khusus dan/ atau implant yang diperlukan tindakan operasi | | |
| 12. | Melakukan verifikasi pada pasien dan atau keluarga bahwa mereka telah memahami dan mengetahui lokasi yang akan dilakukan operasi | | |
| 13. | Ucapkan terimakasih, dan semoga semuanya dapat berjalan dengan baik. | | |
| EVALUATION (E) | | | |
| 14. | Evaluasi respon subjektif dan objektif klien | | |
| 15. | Berikan reinforcement positif | | |
| 16. | Tentukan rencana tindak lanjut | | |
| 17. | Beri salam terapeutik | | |
| DOKUMENTASI | | | |
| 18. | Catat hasil tindakan memberikan obat high alert | | |
| SIKAP | | | |
| 19. | Dilakukan dengan sistematis | | |
| 20. | Percaya diri | | |

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Jumlah Nilai</p> <p>Nilai = ----- X 100 = -----</p> <p style="text-align: center;">20</p> | <p style="text-align: center;">Penilai/ Observer</p> <p style="text-align: center;">.....</p> |
|--|---|

Ringkasan

- Penggunaan *Surgery safety checklist* WHO dimaksudkan untuk memfasilitasi komunikasi yang efektif dalam prosedur pembedahan sehingga meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dan peningkatan keselamatan pasien di kamar bedah baik sebelum operasi, selama operasi dan sesudah operasi.
- Dalam setiap fase, checklist koordinator harus diijinkan mengkonfirmasi bahwa tim sudah melengkapi tugasnya sebelum proses operasi dilakukan. Tim operasi harus familiar dengan langkah dalam ceklist, sehingga mereka dapat mengintegrasikan ceklist tersebut dalam pola normal sehari-hari dan dapat melengkapi secara verbal tanpa intervensi dari koordinator ceklist. Setiap tim harus menggabungkan penggunaan ceklist ke dalam pekerjaan dengan efisiensi yang maksimum dan gangguan yang minimal selama bertujuan untuk melengkapi langkah secara efektif.

Tugas Praktika 4

Lakukanlah/ demonstrasikan prosedur pemberian obat yang perlu diwaspadai, mulai dari pengecekan ganda dengan menerapkan 7 benar sebelum pemberian sampai dengan pemberian obatnya.

Gunakan formulir 4.1 dan 4.2 untuk menilai keterampilan Anda.

Lakukan tugas ini sampai dengan nilai Anda = 100

Topik 5

Mengurangi Risiko Infeksi akibat Perawatan Kesehatan

Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan merupakan sasaran keselamatan pasien kelima. Untuk mencapai sasaran ini setiap Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 disebutkan bahwa pokok dari eliminasi infeksi adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan.

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan penyakit infeksi melalui kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi. Bagi pasien yang memerlukan isolasi, maka akan diterapkan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.

Kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien di diagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah pasien didiagnosis. Tenaga kesehatan seperti petugas laboratorium, rumah tangga, CSSD, pembuang sampah dan lainnya juga berisiko besar terinfeksi. Oleh sebab itu penting sekali pemahaman dan kepatuhan petugas tersebut untuk juga menerapkan Kewaspadaan Standar agar tidak terinfeksi. Pada tahun 2007, CDC dan HICPAC merekomendasikan 11 (sebelas) komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yaitu kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien, hygiene respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal pungsi yang aman. Kesebelas kewaspadaan standar tersebut yang harus di terapkan di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

Setelah mempelajari topik ini, diharapkan Anda mampu melakukan/ mempraktikkan:

1. *hand hygiene* (hand wash dan hand rub)
2. memasang alat pelindung diri (APD)
3. melepas alat pelindung diri

URAIAN MATERI

1. Kebersihan Tangan/ Mencuci Tangan

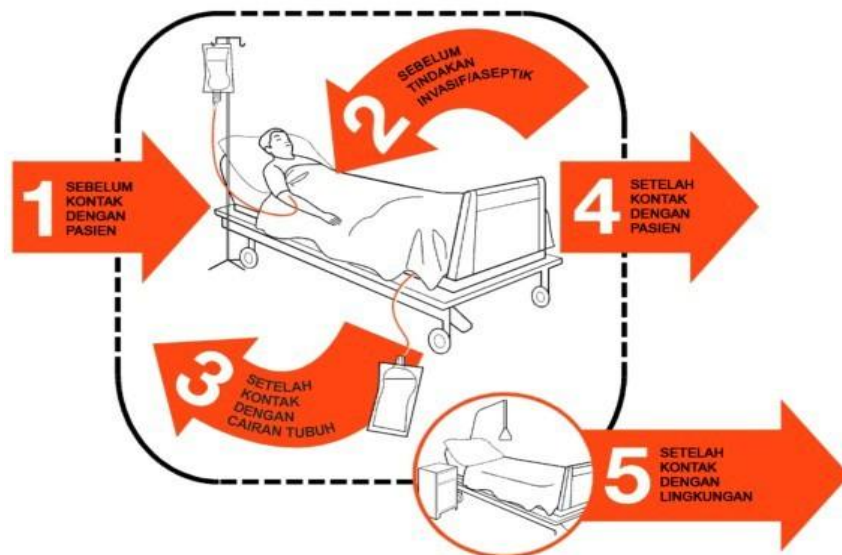
Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol-based handrubs) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat: a) bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan, b) bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama.

a. Tujuan

Tujuan cuci tangan adalah mencegah terjadinya penyebaran infeksi melalui kontak dengan tangan. Mencuci tangan merupakan metode yang paling efektif untuk mencegah infeksi nosokomial, efektif mengurangi perpindahan mikroorganisme karena bersentuhan

b. Lima momen cuci tangan/ Indikasi

- 1) Sebelum kontak dengan pasien.
- 2) Sebelum tindakan aseptik
- 3) Setelah kontak cairan tubuh pasien.
- 4) Setelah kontak dengan pasien
- 5) Setelah kontak dengan lingkungan pasien.



(Sumber: <https://www.google.com/search?q=gambar+5+moment+hand+hygiene&tbm=isch&imgil>)

Gambar 5.1 Lima momen cuci tangan

c. Prinsip dan langkah cuci tangan

Setelah sebelumnya membahas 5 momen cuci tangan sekarang coba kita bahas tentang enam langkah cuci tangan dengan antiseptik (handrub) yang benar menurut WHO. Hal ini juga wajib diketahui dan dilakukan untuk semua karyawan RS/ Puskesmas/ Klinik.

Prinsip dari 6 langkah cuci tangan, antara lain:

- 1) Dilakukan dengan menggosokkan tangan menggunakan cairan antiseptik (handrub) atau dengan air mengalir dan sabun antiseptik (*handwash*). Rumah sakit akan menyediakan kedua ini di sekitar ruangan pelayanan pasien secara merata.
- 2) Handrub dilakukan selama 20-30 detik sedangkan *handwash* 40-60 detik.
- 3) 5 kali melakukan handrub sebaiknya diselingi 1 kali *handwash*

6 langkah cuci tangan yang benar menurut standart WHO, adalah sebagai berikut:

- 1) Tuang cairan handrub pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.



- 2) Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian



- 3) Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih



- 4) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci



5) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian



6) Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan



Gambar 5.2 Enam (6) langkah cuci tangan

(Sumber: <https://www.google.com/search?q=gambar+6+step+hand+hygiene+WHO&tbm>)

Cara mencuci tangan dapat dengan menggosokkan saja menggunakan larutan antiseptik berbasis alkohol, atau dengan mencuci menggunakan air dan sabun antiseptik.

CARA MENCUCI TANGAN DENGAN SABUN DAN AIR

Lama waktu yang dibutuhkan: 40-60 detik

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| <p>Basahi tangan dengan air bersih yang mengalir</p> | <p>Tuangkan sabun cair 3-5 cc, untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan</p> | <p>Gosok kedua telapak tangan hingga merata</p> |
|  |  |  |
| <p>Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya</p> | <p>Gosok kedua telapak dan sela-sela jari</p> | <p>Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci</p> |
|  |  |  |
| <p>Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya</p> | <p>Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya</p> | <p>Bilas kedua tangan dengan air mengalir</p> |
|  |  |  |
| <p>Keringkan dengan handuk/kertas tisu sekali pakai</p> | <p>Gunakan handuk / kertas tisu tersebut untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar</p> | <p>Sekarang tangan anda sudah bersih</p> |

Gambar 2. Cara Kebersihan tangan dengan Sabun dan Air

(Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009)



Gambar 3. Cara Kebersihan Tangan dengan Antiseptik Berbasis Alkohol

(Diadaptasi dari WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009).

2. Alat Pelindung Diri (APD)

a. Pengertian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam APD sebagai berikut:

- 1) Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologis/bahan infeksius.
- 2) APD terdiri dari sarung tangan, masker/Respirator Partikulat, pelindung mata (goggle), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/ apron, sandal/sepatu tertutup (Sepatu Boot).
- 3) Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.
- 4) Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.
- 5) Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai di lakukan.
- 6) Tidak dibenarkan menggantung masker di leher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentuh permukaan lingkungan.



Gambar 4. Alat Pelindung Diri (APD)

b. Jenis-jenis APD

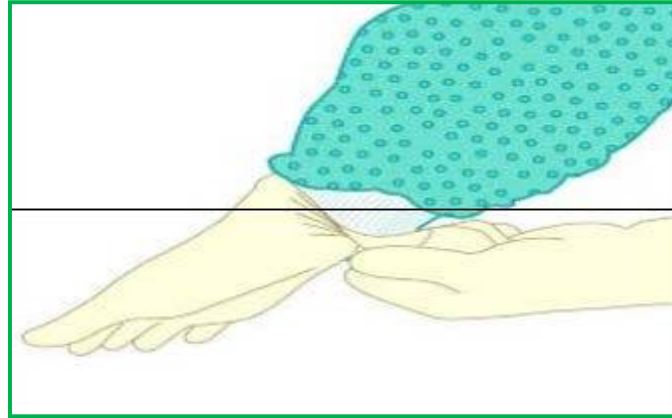
1) Sarung tangan

Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

- Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasif atau pembedahan.
- Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin
- Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

Umumnya sarung tangan bedah terbuat dari bahan lateks karena elastis, sensitif dan tahan lama serta dapat disesuaikan dengan ukuran tangan. Bagi mereka yang alergi terhadap lateks, tersedia dari bahan sintetik yang menyerupai lateks, disebut 'nitril'.

Terdapat sediaan dari bahan sintesis yang lebih murah dari lateks yaitu 'vinil' tetapi sayangnya tidak elastis, ketat dipakai dan mudah robek. Sedangkan sarung tangan rumah tangga terbuat dari karet tebal, tidak fleksibel dan sensitif, tetapi memberikan perlindungan maksimum sebagai pelindung pembatas.



Gambar 5. Pemasangan sarung tangan

2) Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin. Masker yang di gunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan Fit Test (penekanan di bagian hidung). Terdapat tiga jenis masker, yaitu: - Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet. - Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui airborne. - Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur.



Gambar 6. Memakai Masker

Cara memakai masker:

- Memegang pada bagian tali (kaitkan pada telinga jika menggunakan kaitan tali karet atau simpulkan tali di belakang kepala jika menggunakan tali lepas).

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

- Eratkan tali kedua pada bagian tengah kepala atau leher.
- Tekan klip tipis fleksibel (jika ada) sesuai lekuk tulang hidung dengan kedua ujung jari tengah atau telunjuk.
- Membetulkan agar masker melekat erat pada wajah dan di bawah dagu dengan baik.
- Periksa ulang untuk memastikan bahwa masker telah melekat dengan benar.



Gambar 7. Menekan klip pada tulang hidung



Gambar 8. Masker respirator/partikulat

Pemakaian Respirator Partikulat Respirator partikulat untuk pelayanan kesehatan N95 atau FFP2 (health care particular respirator), merupakan masker khusus dengan efisiensi tinggi untuk melindungi seseorang dari partikel berukuran <5 mikron yang dibawa melalui udara. Pelindung ini terdiri dari beberapa lapisan penyaring dan harus dipakai menempel erat pada wajah tanpa ada kebocoran. Masker ini membuat pernapasan pemakai menjadi lebih berat.

Sebelum memakai masker ini, petugas kesehatan perlu melakukan fit test. Hal yang perlu diperhatikan saat melakukan fit test:

- Ukuran respirator perlu disesuaikan dengan ukuran wajah.

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

- Memeriksa sisi masker yang menempel pada wajah untuk melihat adanya cacat atau lapisan yang tidak utuh. Jika cacat atau terdapat lapisan yang tidak utuh, maka tidak dapat digunakan dan perlu diganti.
- Memastikan tali masker tersambung dan menempel dengan baik di semua titik sambungan.
- Memastikan klip hidung yang terbuat dari logam dapat disesuaikan bentuk hidung petugas.

Fungsi alat ini akan menjadi kurang efektif dan kurang aman bila tidak menempel erat pada wajah. Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan keadaan demikian, yaitu:

- Adanya janggut dan jambang
- Adanya gagang kacamata
- Ketiadaan satu atau dua gigi pada kedua sisi yang dapat mempengaruhi perlekatan bagian wajah masker.





Gambar 9. Langkah-langkah menggunakan respirator

(Sumber: PMK No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan)

Pemeriksaan Segel Positif:

Hembuskan napas kuat-kuat. Tekanan positif di dalam respirator berarti tidak ada kebocoran. Bila terjadi kebocoran atur posisi dan/atau ketegangan tali. Uji kembali kerapatan respirator. Ulangi langkah tersebut sampai respirator benar-benar tertutup rapat.

Pemeriksaan Segel Negatif:

- Tarik napas dalam-dalam. Bila tidak ada kebocoran, tekanan negatif di dalam respirator akan membuat respirator menempel ke wajah. Kebocoran akan menyebabkan hilangnya tekanan negatif di dalam respirator akibat udara masuk melalui celah celah segelnya.
- Lamanya penggunaan maksimal 1 (satu) minggu dengan pemeliharaan yang benar.
- Cara pemeliharaan dan penyimpanan yang benar (setelah dipakai diletakkan di tempat yang kering dan dimasukkan dalam kantong berlubang berbahan kertas).

3) Gaun Pelindung

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril.

Jenis-jenis gaun pelindung:

- Gaun pelindung tidak kedap air
- Gaun pelindung kedap air
- Gaun steril

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

- Gaun non steril Indikasi penggunaan gaun pelindung

Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti:

- Membersihkan luka
- Tindakan drainase
- Menuangkan cairan terkontaminasi kedalam lubang pembuangan atau WC/toilet
- Menangani pasien perdarahan masif
- Tindakan bedah
- Perawatan gigi

Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah). Cara memakai gaun pelindung: Tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut, lengan hingga bagian pergelangan tangan dan selubungkan ke belakang punggung. Ikat di bagian belakang leher dan pinggang.



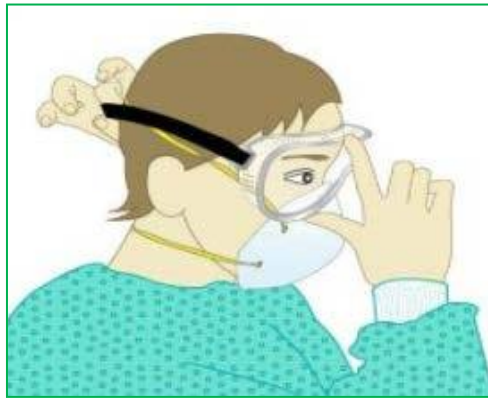
Gambar 10. Gaun pelindung

4) Goggle dan perisai wajah

Harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata. Tujuan pemakaian Goggle dan perisai wajah: Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi. Indikasi: Pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasi di laundry, di ruang dekontaminasi CSSD.



Gambar 11. Penutup Wajah



Gambar 12. Memakai Goggle

5) Sepatu pelindung

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal. Jenis sepatu pelindung seperti sepatu boot atau sepatu yang menutup seluruh permukaan kaki.

Indikasi pemakaian sepatu pelindung:

- Penanganan pemulasaraan jenazah
- Penanganan limbah
- Tindakan operasi
- Pertolongan dan Tindakan persalinan
- Penanganan linen
- Pencucian peralatan di ruang gizi
- Ruang dekontaminasi CSSD



Gambar 13. Sepatu Pelindung

6) Topi pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien.

Indikasi pemakaian topi pelindung:

- Tindakan operasi
- Pertolongan dan tindakan persalinan
- Tindakan insersi CVL
- Intubasi Trachea
- Penghisapan lendir massive
- Pembersihan peralatan kesehatan



Gambar 14. Topi Pelindung

c. Pelepasan APD

Langkah-langkah melepaskan APD adalah sebagai berikut: 1) Lepaskan sepasang sarung tangan, 2) Lakukan kebersihan tangan, 3) Lepaskan apron, 4) Lepaskan perisai wajah (goggle), 5) Lepaskan gaun bagian luar, 6) Lepaskan penutup kepala, 7) Lepaskan masker, 8) Lepaskan pelindung kaki, 9) Lakukan kebersihan tangan

1) Melepas sarung tangan

- Ingatlah bahwa bagian luar sarung tangan telah terkontaminasi.
- Pegang bagian luar sarung tangan dengan sarung tangan lainnya, kemudian lepaskan.
- Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan.
- Selipkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di bawah sarung tangan yang belum dilepas di pergelangan tangan.
- Lepaskan sarung tangan di atas sarung tangan pertama.
- Buang sarung tangan di tempat limbah infeksius.

2) Melepas Goggle atau Perisai Wajah

- Ingatlah bahwa bagian luar goggle atau perisai wajah telah terkontaminasi.

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

- Untuk melepaskannya, pegang karet atau gagang goggle.
 - Letakkan di wadah yang telah disediakan untuk diproses ulang atau dalam tempat limbah infeksius.
- 3) Melepas Gaun Pelindung
- Ingatlah bahwa bagian depan gaun dan lengan gaun pelindung telah terkontaminasi
 - Lepas tali pengikat gaun.
 - Tarik dari leher dan bahu dengan memegang bagian dalam gaun pelindung saja.
 - Balik gaun pelindung.
 - Lipat atau gulung menjadi gulungan dan letakkan di wadah yang telah di sediakan untuk diproses ulang atau buang di tempat limbah infeksius.
- 4) Melepas Masker
- Ingatlah bahwa bagian depan masker telah terkontaminasi
 - JANGAN SENTUH.
 - Lepaskan tali bagian bawah dan kemudian tali/karet bagian atas.
 - Buang ke tempat limbah infeksius.

Penggunaan APD pada pasien harus ditetapkan melalui Standar Prosedur Operasional (SPO) di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap pasien infeksius sesuai dengan indikasi dan ketentuan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI), sedangkan penggunaan APD untuk pengunjung juga ditetapkan melalui SPO di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap kunjungan ke lingkungan infeksius. Pengunjung disarankan untuk tidak berlama-lama berada di lingkungan infeksius.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman dan melatih keterampilan Anda mengenai materi topik 5, kerjakanlah latihan berikut:

1. Lakukanlah prosedur mencuci tangan dengan air & sabun dan dengan *hand-rub*
2. Demonstrasikan prosedur memakai dan melepaskan APD: masker, sarung tangan, dan gaun celemek

Anda dapat menggunakan Formulir 5.1 – 5.5 pada halaman berikut sebagai panduan untuk latihan melakukan prosedur mengurangi risiko infeksi karena pelayanan kesehatan.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk berlatih keterampilan melakukan prosedur pengurangan risiko infeksi karena pelayanan kesehatan

- a. Bacalah prosedur/ langkah-langkah tindakan dari masing-masing tindakan
- b. Cobalah Anda melakukan sendiri dengan panduan formulir 5.1. – 5.5
- f. Setelah Anda yakin dapat melakukan tanpa melihat Formulir penilaian, mintalah teman/ Instruktur untuk mengobservasi dan menilai penampilan kerja Anda.
- g. Berlatihlah sampai Nilai Anda = 100 atau sempurna, baru lanjutkan ke prosedur lainnya.
- h. Selamat latihan...

**FORMULIR 5.1. PENILAIAN KETERAMPILAN
MENCUCI TANGAN DENGAN AIR DAN SABUN**

Nama Mahasiswa : NIM : Hari/Tanggal:

| ASPEK YANG DIOBSERVASI | Dilakukan | |
|--|-----------|-----|
| | Ya | Tdk |
| ASSESSMENT (A) : Pengkajian | | |
| 1. Periksa tangan dan jari perawat terhadap luka terpotong/abrasi | | |
| PLANNING (P) : Perencanaan | | |
| 2. Persiapan Alat (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bak cuci tangan dengan air kran yang mengalir* ▪ Sabun antiseptik* ▪ Tisu sekali pakai* | | |
| Persiapan perawat <p>3. Lepaskan jam tangan atau perhiasan yang menempel (misalnya cincin). Yakinkan kuku dalam keadaan bersih dan pendek</p> <p>4. Gulung bagian lengan baju sampai di atas siku</p> <p>5. Berdiri di depan bak cuci tangan. Tangan dan baju jangan menempel di sisi bak cuci tangan</p> | | |
| IMPLEMENTATION (I) : Implementasi | | |
| 6. Hidupkan air dan basuh tangan dengan air. Hindari cipratan air mengenai baju perawat. Posisi pergelangan tangan selalu lebih rendah di bawah siku pada saat mencuci tangan | | |
| 7. Tuangkan sabun antiseptic secukupnya (kurang lebih 1-3 cc) | | |
| 8. Ratakan dengan kedua tangan | | |
| 9. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan, dan sebaliknya | | |
| 10. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari | | |
| 11. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci | | |
| 12. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan, dan lakukan sebaliknya | | |
| 13. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya | | |
| 14. Bilas kedua tangan dengan air | | |
| 15. Keringkan dengan tisu sampai tangan benar-benar kering | | |

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

| | | |
|---|--|--|
| 16. Gunakan tisu yang sudah dipakai untuk melapisi pada saat menutup kran. Tangan perawat kini sudah bersih | | |
| 17. Buang tisu di tempat sampah | | |
| EVALUATION (E) : Evaluasi | | |
| 18. Evaluasi terhadap kebersihan tangan dan kontak terhadap objek lain. | | |
| SIKAP | | |
| 19. Melakukan tindakan dengan sistematis | | |
| 20. Percaya diri | | |
| TOTAL YA | | |

Keterangan: - Ya = 1 (dilakukan dengan benar) Tdk = 0 (tidak dilakukan/dilakukan kurang benar)
 - Kriteria Penilaian: 100 = Baik sekali/ sempurna; 81-99 = Baik; ≤ 80 = Kurang/TL

| | |
|--|---|
| <p align="center">Jumlah Ya</p> <p>Nilai = $\frac{\text{Jumlah Ya}}{20} \times 100 = \dots\dots\dots$</p> | <p align="center">PENILAI/ OBSERVER</p> <p align="center">.....</p> |
|--|---|

**FORMAT 5.2. PENILAIAN KETERAMPILAN:
 MEMAKAI DAN MELEPASKAN APD (MASKER) UNTUK MERAWAT PASIEN**

Nama Mahasiswa : NIM :

| No | Aspek yang dinilai | Dilakukan | |
|---|---|-----------|-----|
| | | Ya | Tdk |
| ASSESMEN (A): Pengkajian | | | |
| 1. | Kaji indikasi pemakaian dan pelepasan masker | | |
| PLANNING (P): Perencanaan | | | |
| Persiapan Alat: | | | |
| 2. | Masker dalam tempatnya | | |
| 3. | Bengkok | | |
| 4. | Sabun, Air mengalir, tissue/ hands rub | | |
| Persiapan Perawat: | | | |
| 5. | Rambut rapih | | |
| IMPLEMENTATION (I): Implementasi | | | |
| <i>Memasang masker:</i> | | | |
| 6. | Cuci tangan dan keringkan | | |
| 7. | Cari ujung atas masker | | |
| 8. | Pegang masker pada bagian atas kedua tali atau kait | | |
| 9. | Talikan kedua tali atas secara pas di belakang atas kepala Anda. | | |
| 10. | Dengan lembut tekan bagian atas logam di atas tonjolan hidung Anda. | | |
| 11. | Cuci tangan kembali | | |
| <i>Melepaskan masker:</i> | | | |

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

- 12 Buka kedua ikatan masker
- 13 Lipat masker di bagian tengahnya dengan kedua permukaan dalamnya bertemu.
- 14 Buang masker ke tempat khusus/ bengkok.
- 15 Cuci tangan kembali

EVALUATION (E): Evaluasi

- 16 Evaluasi ketepatan pemakaian masker

SIKAP

- 17 Melaksanakan tindakan dengan sistematis
- 18 Percaya diri

Total nilai

Keterangan: Ya = 1 (dilakukan dengan benar) Tdk = 0 (tidak dilakukan/dilakukan kurang benar)
 Kriteria Penilaian: 100 = Baik sekali/ sempurna; 81-99 = Baik; ≤ 80 = Kurang/TL

| | |
|---|---|
| <p align="center">Jumlah Ya</p> <p>Nilai = ----- x 100 =</p> <p align="center">18</p> | <p align="center">PENILAI/ OBSERVER</p> <p align="center">.....</p> |
|---|---|

**FORMAT 5.3. PENILAIAN KETERAMPILAN:
 MEMAKAI DAN MELEPASKAN SARUNG TANGAN BERSIH UNTUK MERAWAT PASIEN**

Nama Mahasiswa :

NIM :

| No | Aspek yang dinilai | Dilakukan | |
|----|--------------------|-----------|-----|
| | | Ya | Tdk |

ASSESSMENT (A): Pengkajian

- 1 Kaji indikasi pemakaian dan pelepasan sarung tangan

PLANNING (P): Perencanaan

Persiapan Alat:

✂ ■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ✂ ■

- 2 Sarung tangan bersih
- 3 Bengkok
- 4 Sabun dan air mengalir/ hand rub
- 5 Handuk/ tissue

Persiapan Perawat:

- 6 Kuku pendek dan bersih

IMPELEMNTATION (I):

Memakai sarung tangan

- 7 Cuci tangan dan keringkan
- 8 Pasang sarung tangan

Melepas sarung tangan

- 9 Pegang bagian luar sarung tangan dengan sarung tangan lainnya, kemudian lepaskan.
- 10 Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan.
- 11 Selipkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di bawah sarung tangan yang belum dilepas di pergelangan tangan.
- 12 Lepaskan sarung tangan di atas sarung tangan pertama dan buang sarung tangan di tempat limbah infeksius.
- 13 Cuci tangan dan keringkan

EVALUATION (E):

- 14 Evaluasi ketepatan pemakaian sarung tangan

Sikap:

- 15 Dilakukan secara sistimatis
- 16 Percaya diri

Total nilai

Keterangan:

- Ya = 1 (dilakukan dengan benar) Tdk = 0 (tidak dilakukan/dilakukan kurang benar)
- Kriteria Penilaian: 100 = Baik sekali/ sempurna; 81-99 = Baik; ≤ 80 = Kurang/TL

| | |
|---|---|
| <p align="center">Jumlah Ya</p> <p>Nilai = ----- x 100 =</p> <p align="center">16</p> | <p align="center">PENILAI/ OBSERVER</p> <p align="center">.....</p> |
|---|---|

**FORMAT 5.5. PENILAIAN KETERAMPILAN:
MEMAKAI DAN MELEPASKAN GAUN CELEMEK UNTUK MERAWAT PASIEN**

Nama Mahasiswa : NIM :

| No | Aspek yang dinilai | Dilakukan | |
|----|--------------------|-----------|-----|
| | | Ya | Tdk |

ASSESSMENT (A): Pengkajian

- 1 Kaji indikasi pemakaian & pelepasan gaun celemek

PLANNING(P): Perencanaan

Persiapan Alat:

- 2 Gaun celemek dalam tempatnya
- 3 Bengkok
- 4 Sabun dan air mengalir (hands rub)
- 5 Handuk/ tisu

Persiapan Perawat:

- 6 Rambut rapih

IMPLEMENTATION (I): implementasi

Memakai gaun celemek

- 7 Cuci tangan dan keringkan
- 8 Gunakan celemek sampai menutupi pakaian Anda
- 9 Ikatkan tali gaun pada bagian posterior leher kepala, dada, dan pinggul
- 10 Cuci tangan

Melepaskan gaun celemek

- 11 Cuci tangan dan keringkan
- 12 Lepaskan/buka ikatan celemek
- 13 Biarkan gaun jatuh ke arah depan dari arah bahu Anda tapi jangan sampai jatuh ke lantai.
- 14 Cuci tangan dan keringkan

EVALUATION (I): Evaluasi

- 15 Evaluasi ketepatan pemakaian gaun celemek

SIKAP

- 16 Dilakukan secara sistimatis
- 17 Percaya diri

Total nilai

Keterangan:

- Ya = 1 (dilakukan dengan benar) Tdk = 0 (tidak dilakukan/dilakukan kurang benar)
- Kriteria Penilaian: 100 = Baik sekali/ sempurna; 81-99 = Baik; ≤ 80 = Kurang/TL

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">Jumlah Ya</p> <p>Nilai = ----- x 100 =</p> <p style="text-align: center;">17</p> | <p style="text-align: center;">PENILAI/ OBSERVER</p> <p style="text-align: center;">.....</p> |
|---|---|

Ringkasan

SKP yang kelima adalah mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan. Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Terdapat 5 momen cuci tangan, yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah kontak cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, dan setelah kontak dengan

lingkungan pasien. Enam langkah cuci tangan dapat dilakukan dengan *handrub* selama 20 – 30 detik dan dengan air mengalir selama 40 – 60 detik.

Tugas Praktika 5

Topik 6 Menurunkan Risiko Pasien Cidera akibat Jatuh

SKENARIO

Anda bertugas di Ruang Perawatan suatu RS. Anda diberi tugas oleh Ketua Tim Asuhan keperawatan untuk merawat 6 orang pasien yang berada di kamar 104 dan kamar 106. Tn. A berumur 67 tahun dengan diagnose medis UAP dan CHF fc III. Pasien baru kembali ke ruangan setelah menjalani kateterisasi jantung. Keadaan umum stabil dengan kesadaran CM. Saat ini terpasang infus Asering dan masih terpasang 'Nichiban' di pergelangan tangan kiri.

PENGANTAR

Sasaran keselamatan pasien (SKP) merupakan syarat yang harus diterapkan di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien (PMK. No. 11 Tahun 2017). Kita ketahui bahwa SKP yang pertama adalah meningkatkan identifikasi pasien dengan benar. Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien.

Anda telah mempelajari dan memahami konsep sasaran keselamatan pasien pada modul atau Bab V. Kali ini coba Anda baca skenario di atas. Perlukah pada kasus di atas dilakukan identifikasi risiko jatuh pada pasien? Apa tujuannya?. kapankah Anda harus melakukan pengkajian risiko jatuh pasien? Bagaimanakah cara mengidentifikasi pasien yang memiliki risiko jatuh? Bagaimanakah cara menurunkan risiko pasien cedera akibat jatuh?

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu melakukan tindakan identifikasi pasien dengan benar

Untuk mencapai tujuan tersebut, mahasiswa harus mampu mendemonstrasikan:

1. Tindakan penilaian risiko jatuh pada pasien lansia
2. Tindakan penilaian risiko jatuh pada pasien dewasa
3. Tindakan penilaian risiko jatuh pada pasien anak
4. Tindakan penilaian risiko jatuh di unit rawat jalan atau IGD

URAIAN MATERI

1. Tujuan menurunkan risiko pasien cedera akibat jatuh

- a. Mencegah kejadian pasien cedera akibat jatuh.

- b. Meningkatkan kewaspadaan petugas kesehatan dalam pencegahan pasien jatuh.
- c. Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga yang memiliki risiko pasien jatuh.

2. Kebijakan/ prosedur untuk mengidentifikasi pasien

- a. Pengkajian risiko jatuh
- b. Gelang identifikasi risiko jatuh berwarna kuning
- c. Pemasangan Segitiga jatuh pada *brancard*
- d. Edukasi pencegahan jatuh : Pemberian brosur risiko jatuh kepada keluarga
 Edukasi pencegahan jatuh dilakukan pada semua pasien baik pasien berisiko jatuh maupun pasien yang tidak berisiko jatuh. Jelaskan kepada pasien dan keluarga, tentang:
 - 1) Tujuan pemakaian gelang identifikasi risiko jatuh, dan mengapa mereka harus menggunakan.
 - 2) Hal ini memberikan kesempatan bagi mereka untuk mengidentifikasi kesalahan dan mendorong pasien dan keluarga mereka untuk berpartisipasi dalam upaya mencegah jatuh.
 - 3) Jelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas, menutup gelang dengan *tape* perban, dll

3. Identifikasi risiko pasien jatuh wajib dilakukan pada saat

- a. Pengkajian awal kepada pasien (saat pasien masuk RS)
- b. Sebelum melakukan transportasi pasien
- c. Terjadi perubahan kondisi/ pengobatan yang dapat mempengaruhi penilaian jatuh

4. Petugas pelaku identifikasi risiko pasien jatuh: Dokter, Perawat

5. Tatalaksana Menurunkan Risiko Pasien Cedera akibat Jatuh

a. Tatalaksana Penilaian dan Intervensi Risiko Jatuh

1) Get Up and Go Test

- a) Dilakukan pada pasien di **Rawat Jalan** dan **IGD**
- b) Penilaian Risiko Jatuh:

| Komponen Penilaian | Ya | Tidak |
|--|----|-------|
| (1) Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi. Apakah pasien tampak tidak seimbang (sempoyongan / limbung)? | | |
| (2). Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk? | | |

Tingkat Risiko :

- Tidak Berisiko : (1) & (2) tidak ditemukan

- Risiko Rendah : (1) atau (2) ditemukan
- Risiko Tinggi : (1) & (2) ditemukan

c) **Intervensi:**

- (1) Intervensi Jatuh Risiko Rendah: Edukasi jatuh pada pasien dan keluarga dengan memberikan brosur
- (2) Intervensi Jatuh Risiko Tinggi di Unit Rawat Jalan
 - Edukasi jatuh dengan memberikan brosur Edukasi Mencegah Jatuh kepada pasien dan keluarganya
 - Memasang pitakuning pada tangan pasien.
 - Jelaskan pada pasien dan keluarga tujuan pemasangan pita. Jelaskan kepada pasien dan keluarga untuk melepas pita kuning setelah ke luar dari area RS, kemudian disimpan bersama brosur edukasi jatuh dan kartu kontrol untuk dibawa setiap kali kontrol ke RS.
- (3) Intervensi Jatuh Risiko Tinggi di IGD
 - Memberikan brosur risiko jatuh kepada pasien dan keluarga
 - Memasang pitakuning pada tangan pasien. Saat di ruang *emergent/urgent* dilakukan penilaian ulang tiap *shift*, kemudian pita risiko diganti dengan klip risiko warna kuning.
 - Memasang segitiga jatuh di *brancard*/ tempat tidur pasien

2) **Fall Morse Scale**

- a) Dilakukan pada pasien **dewasa** (>18 tahun s.d. <60 tahun) di ruang **Rawat Inap**
- b) Penilaian Risiko Jatuh: *Fall Morse Scale*

| No. | Risiko | Skala | Skor |
|-----|--|--------------------|------|
| (1) | Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir | Tidak: 0 Ya: 25 | |
| (2) | Diagnosis Medis Sekunder >1 | Tidak: 0 Ya: 15 | |
| (3) | Menggunakan alat bantu jalan: <ul style="list-style-type: none"> • Bed rest/ dibantu perawat • Penopang/ tongkat/ walker • Furnitur | 0 15 30 | |
| (4) | Menggunakan infus | Tidak: 0 Ya: 25 | |
| (5) | Cara berjalan/ berpindah <ul style="list-style-type: none"> • Normal/ Bed rest/ imobilisasi • Lemah • Terganggu | 0 15 30 | |
| (6) | Status mental : | | |

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

- | | |
|--|----|
| • <i>Orientasi sesuai kemampuan diri</i> | 0 |
| • <i>Lupa keterbatasan diri</i> | 15 |

Jumlah Skor

Tingkat Risiko :

- Tidak Berisiko bila skor 0-24 : lakukan perawatan yang baik
- Risiko Rendah bila skor 25-50 : lakukan perawatan yang baik
- Risiko Tinggi bila skor ≥ 50 : lakukan perawatan yang baik

c) **Intervensi :**

(1) **Intervensi Jatuh Standar untuk Risiko Rendah :**

- Tingkatkan observasi bantuan yang sesuai saat ambulasi
- Keselamatan lingkungan : hindari lingkungan yang kacau balau, dekatkan bel dan telepon, gunakan penerangan yang cukup pada malam hari, posisi tempat tidur rendah, terpasang penghalang tempat tidur/ side rail, roda tempat tidur harus selalu terkunci.
- Monitor kebutuhan pasien. Keluarga menemani pasien yang berisiko jatuh
- Edukasi perilaku untuk mencegah jatuh pada pasien dan keluarga, tempatkan standing akrilik di meja pasien
- Gunakan alat bantu jalan (walker, handrail)
- Lakukan penilaian ulang skor jatuh bila ada perubahan kondisi atau pengobatan

(2) **Intervensi Jatuh Risiko Tinggi**

- Pasang pitakuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- Lakukan intervensi jatuh standar
- Strategi mencegah jatuh dengan penilaian jatuh yang lebih detail seperti analisa cara berjalan
- Tempatkan pasien di dekat *nurse station*
- Pastikan handrali kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
- Siapkan alat bantu jalan
- Gunakan karpet anti slip/ tidak licin di lantai kamar mandi
- Dampingi pasien bila ke kamar mandi/toilet, jangan tinggalkan sendirian di kamar mandi/toilet, informasikan cara penggunaan bel di kamar mandi/toilet untuk memanggil perawat, pintu kamar mandi/toilet jangan dikunci
- Lakukan penilaian ulang risiko jatuh tiap shift

3) Skala Risiko Jauh pada Lanjut Usia

a) Dilakukan pada pasien lanjut usia (>60 tahun) di ruang **Rawat Inap**

b) Penilaian Risiko Jatuh Pasien Geriatri:

| No. | Risiko | Skala | Skor |
|-----|--------|-------|------|
|-----|--------|-------|------|

| | | |
|--------------------|---|---|
| (1) | Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun) | 4 |
| (2) | Pusing/ pingsan pada posisi tegak | 3 |
| (3) | Kebingungan setiap saat | 3 |
| (4) | Nokturia/ inkontinen | 3 |
| (5) | Kebingungan intermiten | 2 |
| (6) | Kelemahan umum | 2 |
| (7) | Obat-obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, anti psikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, anti hipertensi, obat hipoglikemik, antidepressan, neuroleptik, NSAID) | 2 |
| (8) | Riwayat jatuh dalam waktu 12 bulan sebelumnya | 2 |
| (9) | Osteoporosis | 1 |
| (10) | Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan | 1 |
| (11) | Usia 70 tahun keatas | 1 |
| <i>Jumlah Skor</i> | | |

Tingkat Risiko : - Risiko Rendah: skor 1-3

- Risiko Tinggi : skor ≥ 4

c) Intervensi :

(1) Intervensi Jatuh Risiko Rendah :

- Melakukan penilaian ulang skor jatuh bila ada perubahan kondisi atau pengobatan
- Edukasi perilaku untuk mencegah jatuh pada pasien dan keluarga disertai pemberian brosur

(2) Intervensi Jatuh Risiko Tinggi

- Pasang pita kuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada Dokter Penanggung jawab Praktik (DPJP)
- Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada pasien dan/atau keluarga serta memberikan brosur edukasi pencegahan jatuh
- Motivasi keluarga untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan pasien jatuh
- Tempatkan pasien di dekat *nursestation*
- Monitor kebutuhan pasien secara berkala (minimal tiap 2 jam), jadwalkan ke toilet secara teratur.
- Pastikan *handrail* kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
- Siapkan di dekat tempat tidur pasien : alat bantu jalan/ fasilitas kebutuhan pasien
- Anjurkan kepada pasien untuk menggunakan walker untuk membantu stabilitas berjalan

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

- Gunakan karpet anti slip/ tidak licin di lantai kamar mandi, dan siapkan tempat duduk jika diperlukan
- Keselamatan lingkungan : hindari lingkungan yang kacau balau, dekatkan bel dan telepon, gunakan penerangan yang cukup pada malam hari, posisi tempat tidur rendah, terpasang penghalang tempat tidur/ side rail, roda tempat tidur harus selalu terkunci.
- Dampingi pasien bila ke kamar mandi/toilet, jangan tinggalkan sendirian di kamar mandi/toilet, informasikan cara penggunaan bel di kamar mandi/toilet untuk memanggil perawat, pintu kamar mandi/toilet jangan dikunci
- Pakaikan kaus kaki atau alas kaki yang tidak licin untuk pasien
- Kolaborasi dengan :
 - Farmasi klinik untuk kemungkinan interaksi obat
 - Rehabilitasi medik untuk masalah mobilitas atau aktivitas harian yang baru
- Berikan edukasi mengenai perilaku yang lebih aman saat jatuh atau proses transportasi/ transfer pasien

4) Humpty Dumty Scale

- a) Dilakukan pada pasien anak (usia 0-18 tahun) di ruang **Rawat Inap**
- b) Penilaian Risiko Jatuh Pasien anak: *Humpty Dumty Scale*

| No. | Parameter | Kriteria | Skala | Skor |
|-----|-------------------|--|------------------|------|
| (1) | Umur | <ul style="list-style-type: none"> • Di bawah 3 tahun • 3-7 tahun • 7-13 tahun • >13 tahun | 4 3 2 1 | |
| (2) | Jenis Kelamin | <ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki • Perempuan | 2 1 | |
| (3) | Diagnosis | <ul style="list-style-type: none"> • Kelainan neurologi • Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop/ sakit kepala, dll) • Kelainan psikis/ perilaku • Diagnosis lain | 4 3 2 1 | |
| (4) | Gangguan Kognitif | <ul style="list-style-type: none"> • Tidak sadar terhadap keterbatasan (Gangguan kesadaran, retardasi mental) • Lupa keterbatasan (Anak-anak yang hiperaktif) • Mengetahui kemampuan diri | 3 2 1 | |

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

| | | | | |
|-------------|---|--|---------------------|--|
| (5) | Faktor lingkungan | <ul style="list-style-type: none"> • Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi-anak • Pasien menggunakan alat bantu/ box/ furnitur • Pasien berada di tempat tidur • Di luar area pasien | 4 3 2 1 | |
| (6) | Respon thd pembedahan/ sedasi/ anestesi | <ul style="list-style-type: none"> • Dalam 24 jam • Dalam 48 jam • >48 jam | 3 2 1 | |
| (7) | Penggunaan obat | <ul style="list-style-type: none"> • Bermacam-macam obat yg digunakan: sedatif (kecuali pasien ICU yg menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Anti-depresan, Laksans/ diuretika, Narkotik • Salah satu dari pengobatan di atas • Pengobatan lain | 3 2 1 | |
| Jumlah Skor | | | | |

Keterangan:

- Skor minimal : 7
- Skor maksimal : 23

Tingkat Risiko:

- Risiko Rendah : skor 7-11
- Risiko Tinggi : skor \geq 12

c) **Intervensi :**

(1) Intervensi Jatuh Standar Risiko Rendah :

- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- Atur posisi tempat tidur rendah dan dalam kondisi terkunci
- Tempatkan pengaman di tempat tidur dengan 2 atau 4 sisi pengaman
- Pakaikan kaus kaki atau alas kaki yang tidak licin untuk pasien
- Lakukan penilaian kemampuan untuk ke kamar mandi/toilet dan berikan bantuan jika diperlukan (barthel indeks)
- Tempatkan pasien di dekat *nursestation*
- Lingkungan harus bebas dari kondisi yang mengandung risiko
- Memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga
- Berikan edukasi pada pasien dan keluarga
- Lakukan penilaian ulang bila ada perubahan kondisi dan/atau pengobatan

(2) Intervensi Jatuh Standar Risiko Tinggi :

- Pasang pitakuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- Lakukan penilaian ulang tiap shift
- Tempatkan pasien di dekat *nursestation*
- Temani pasien saat mobilisasi, atau libatkan keluarga untuk mendampingi

pasien

- Libatkan keluarga dalam membantu pasien melakukan aktivitas sehari-hari
- Gunakan tempat tidur yang sesuai dengan tingkat perkembangan pasien.
- Atur ketinggian tempat tidur sesuai perkembangan pasien, sebaiknya cukup rendah.
- Pastikan *handrail* kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien

5) Perubahan Kondisi/ Pengobatan yang dapat mempengaruhi Penilaian Jatuh

- a) Penurunan kesadaran
- b) Pasien pasca jatuh
- c) Penambahan obat-obat: Hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Psikotropik, Anti-Depresan, Diuretik, Narkotik, Vasodilator, Antiaritmia, Antihipertensi, Obat Hipoglikemik, Antiparkinsonian, Vestibular Supresan, Antikonvulsan, Sedatif, Analgesik, dan Obat Tetes Mata.

6) Pasien yang **langsung** ditetapkan mempunyai Risiko Tinggi Jatuh

- a) Pasien usia <12
- b) Pasien di ruang perawatan intensif
- c) Pasien pasca operasi operasi dan prosedur invasif selama dalam pengaruh sedasi
- d) Pasien pasca prosedur mata

b. Tata laksana pasien yang langsung dinyatakan Risiko Tinggi Jatuh

1) Pasien anak usia <12 tahun :

- a) Rawat Jalan → tidak dipakaikan pita kuning atau diberikan brosur Edukasi Mencegah Jatuh, sehingga semua petugas harus waspada terhadap risiko jatuh pasien usia <12 tahun
- b) IGD → tidak dipakaikan pita kuning atau diberikan brosur Edukasi Mencegah Jatuh, sehingga semua petugas harus waspada terhadap risiko jatuh pasien usia <12 tahun, setelah pasien masuk kriteria rawat inap, maka pasien dipasang gelang/klip risiko jatuh, segituga jatuh di brankard pasien dan keluarga diedukasi pencegahan jatuh, kemudian didokumentasikan
- c) Unit perinatologi → bayi tidak dipasang gelang/klip risiko jatuh, tetapi dipasang segituga jatuh di inkubator

2) Pasien di ruang rawat intensif → ditatalaksana dengan memasang gelang/ klip risiko jatuh, segituga jatuh, dan memastikan *siderail* tempat tidur selalu terpasang

- a) Pasien pasca operasi dan prosedur invasif → dipasang gelang atau klip risiko jatuh di ruang pemulihan kamar operasi atau kamar tindakan. Tatalaksana selanjutnya dilakukan di ruang rawat inap
- b) Pasien pasca prosedur mata → dipasang gelang atau klip risiko jatuh di ruang prosedur mata

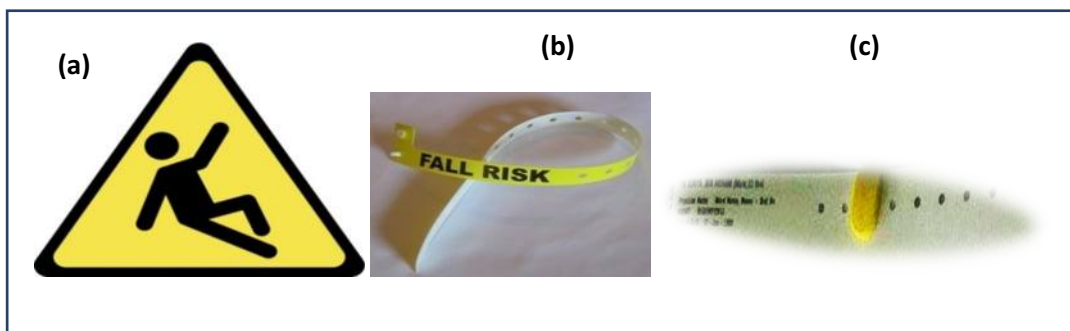
c. Tatalaksana Pemakaian Gelang Pasien Risiko Jatuh

- 1) Semua pasien harus diidentifikasi tingkat risiko jatuhnya dengan benar pada saat pasien masuk RS, sebelum melakukan transportasi pasien, dan saat terjadi perubahan kondisi/ pengobatan yang dapat mempengaruhi penilaian jatuh.
- 2) Pakaikan gelang risiko jatuh di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
- 3) Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang identifikasi risiko jatuh tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.
- 4) Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi dimana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang risiko jatuh dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Gelang risiko jatuh harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.
- 5) Pada kondisi tidak memakai baju, gelang risiko jatuh harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
- 6) Gelang risiko jatuh hanya boleh dilepas apabila pasien sudah tidak berisiko jatuh.
- 7) Gelang identifikasi Risiko Jatuh sebaiknya mencakup **4 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 - a) Nama pasien
 - b) Umur Pasien
 - c) Nomor rekam medis pasien
 - d) Tingkat Risiko Jatuh
- 8) Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
- 9) Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang identifikasi risiko jatuh. Ganti gelang identifikasi risiko jatuh jika terdapat kesalahan penulisan data.
- 10) Jika gelang identifikasi risiko jatuh terlepas, segera berikan gelang identifikasi risiko jatuh yang baru.
- 11) Periksa ulang detail data di gelang identifikasi risiko jatuh sebelum dipakaikan ke pasien.
- 12) Pengecekan gelang identifikasi risiko jatuh dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
- 13) Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi risiko jatuh terpasang dengan baik.
- 14) Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.
- 15) Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang risiko jatuh:
 - a) Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
 - Menolak penggunaan gelang risiko jatuh
 - Gelang risiko jatuh menyebabkan iritasi kulit
 - Gelang risiko jatuh terlalu besar
 - Pasien melepas gelang risiko jatuh

- b) Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang risiko jatuh tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis.
- c) Jika pasien menolak menggunakan gelang risiko jatuh, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain untuk mengidentifikasi pasien risiko jatuh dengan benar.

d. Melepas Gelang Risiko Jatuh

- 1) Gelang untuk risiko jatuh (Gelang Kuning), hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh
- 2) Yang bertugas melepas gelang identifikasi adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit (PPJP).
- 3) Gelang risiko jatuh yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.
- 4) Terdapat kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelang identifikasi sementara (saat masih dirawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang risiko jatuh mengganggu suatu prosedur. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang risiko jatuh dipasang kembali.



Gambar : (a) Segitiga risiko jatuh, (b) Gelang risiko jatuh, (c) Klip risiko jatuh

**PENILAIAN KETERAMPILAN
MELAKUKAN TINDAKAN PENCEGAHAN PASIEN RISIKO JATUH**

| NO | ASPEK YANG DINILAI | Nilai | | |
|-----------------------|--------------------|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| <i>ASSESSMENT (A)</i> | | | | |
| <i>PLANNING (P)</i> | | | | |

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

- 1 Persiapan perawat
- 2 Persiapan alat :
 - Formulir penilaian risiko jatuh
 - Alat tulis
 - Gelang atau klip risiko jatuh
 - Segitiga jatuh
 - Brosur pencegahan risiko jatuh
- 3 Persiapan Lingkungan
Persiapan pasien (bina hubungan saling percaya):
- 4 - Beri salam sambil berjabat tangan
- 5 - Perkenalkan diri perawat
- 6 - Tanyakan nama klien
- 7 - Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- 8 - Kontrak: waktu dan tempat

IMPLEMENTATION (I)

- 9 Lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrument yang sesuai (berdasarkan tempat pengkajian dan kondisi pasien)
- 10 Lakukan penilaian secara sistimatis
- 11 Lakukan intervensi untuk mencegah pasien cedera akibat jatuh jika hasil penilaian menunjukkan pasien risiko jatuh ringan atau sedang

EVALUATION (E)

- 12 Evaluasi respon subjektif & objektif klien
- 13 Berikan reinforcement positif
- 14 Tentukan rencana tindak lanjut
- 15 Beri salam

DOKUMENTASI

- 16 Hasil penilaian risiko jatuh
- 17 Tindakan yang sudah dilakukan: pemasangan gelang/ klip risiko jatuh,
- 18 segitiga jatuh, edukasi

SIKAP

- 19 Tindakan dilakukan secara sistiematis
- 20 Percaya diri

Total Nilai:

Keterangan:

0 = tidak dilakukan; 1 = dilakukan dengan tidak benar; 2 = dilakukan dengan benar

Nilai 100 = sempurna

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Total Nilai</p> <p><i>Nilai</i> = $\frac{\text{-----}}{40} \times 100 = \text{-----}$</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Nilai 100 = Sempurna - Nilai 81-99 = Baik - ≤ 80 = Tidak lulus |
|---|--|

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut :

Skenario 1:

Anda bertugas di Ruang Perawatan suatu RS. Anda diberi tugas oleh Ketua Tim Asuhan keperawatan untuk merawat 5 orang pasien yang berada di kamar 203 dan kamar 204. Ny. W berumur 72 tahun dengan diagnosa medis STEMI anterior post primary PCI 2 hari yang lalu. Keadaan umum stabil dengan kesadaran CM. Klien pernah jatuh sebanyak 2 kali dalam 6 bulan terakhir & memiliki gangguan penglihatan (katarak). Saat ini klien mendapatkan pengobatan anti hipertensi, anti aritmia, dan vasodilator.

Lakukan penilaian risiko jatuh untuk pasien Ny. W dan berikan intervensi berdasarkan hasil penilaian risiko jatuh !

Petunjuk Jawaban Latihan

- b. Pada skenario 1, Anda terlebih dahulu menentukan instrumen penilaian risiko jatuh yang sesuai untuk menilai pasien.
 - Pasien Ny. W berumur 72 tahun, maka instrument yang dipilih dan digunakan adalah instrument penilaian risiko jatuh Pasien Geriatri.
- c. Selanjutnya Anda lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrumen yang sesuai.
 - Hasil penilaian risiko jatuh pada N y. W, adalah sebagai berikut:

FORMAT PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN GERIATRI

Nama Pasien : Ny W
 Tanggal lahir (Umur) : tanggal/ bulan/tahun (72 tahun)
 No. Rekam Medik : xxxxyyyyyy

| No. | Risiko | Skala | Skor |
|-----|--|-------|------|
| 1) | Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun) | 4 | 0 |
| 2) | Pusing/ pingsan pada posisi tegak | 3 | 0 |
| 3) | Kebingungan setiap saat | 3 | 0 |
| 4) | Nokturia/ inkontinen | 3 | 0 |
| 5) | Kebingungan intermiten | 2 | 0 |
| 6) | Kelemahan umum | 2 | 2 |
| 7) | Obat-obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, anti psikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, anti hipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptik, NSAID) | 2 | 2 |
| 8) | Riwayat jatuh dalam waktu 12 bulan sebelumnya | 2 | 2 |
| 9) | Osteoporosis | 1 | 0 |

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

| No. | Risiko | Skala | Skor |
|--------------------|---|-------|----------|
| 10) | Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan | 1 | 1 |
| 11) | Usia 70 tahun keatas | 1 | 1 |
| Jumlah Skor | | | 8 |

Tingkat Risiko :

- Risiko Rendah : skor 1-3
- Risiko Tinggi : skor ≥ 4

→ Score hasil penilaian jatuh Ny. W = 8 → artinya termasuk kategori **tingkat risiko tinggi**

c. Setelah mendapatkan kategori risiko jatuh pada pasien, selanjutnya tentukan intervensi yang sesuai → Intervensi untuk Ny. W, adalah Intervensi Jatuh Risiko Tinggi, sebagai berikut:

- 1) Pasang pita kuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- 2) Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- 3) Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada Dokter Penanggung jawab Praktik (DPJP)
- 4) Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada pasien dan/atau keluarga serta memberikan brosur edukasi pencegahan jatuh
- 5) Motivasi keluarga untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan pasien jatuh
- 6) Tempatkan pasien di dekat *nursestation*
- 7) Monitor kebutuhan pasien secara berkala (minimal tiap 2 jam), jadwalkan ke toilet secara teratur.
- 8) Pastikan *handrail* kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
- 9) Siapkan di dekat tempat tidur pasien : alat bantu jalan/ fasilitas kebutuhan pasien
- 10) Anjurkan kepada pasien untuk menggunakan walker untuk membantu stabilitas berjalan
- 11) Gunakan karpet anti slip/ tidak licin di lantai kamar mandi, dan siapkan tempat duduk jika diperlukan
- 12) Keselamatan lingkungan : hindari lingkungan yang kacau balau, dekatkan bel dan telepon, gunakan penerangan yang cukup pada malam hari, posisi tempat tidur rendah, terpasang penghalang tempat tidur/ side rail, roda tempat tidur harus selalu terkunci.
- 13) Dampingi pasien bila ke kamar mandi/toilet, jangan tinggalkan sendirian di kamar mandi/toilet, informasikan cara penggunaan bel di kamar mandi/toilet untuk memanggil perawat, pintu kamar mandi/toilet jangan dikunci
- 14) Pakaikan kaus kaki atau alas kaki yang tidak licin untuk pasien
- 15) Kolaborasi dengan:
 - Farmasi klinik untuk kemungkinan interaksi obat
 - Rehabilitasi medik untuk masalah mobilitas atau aktivitas harian yang baru
- 16) Berikan edukasi mengenai perilaku yang lebih aman saat jatuh atau proses

transportasi/ transfer pasien

d. Lakukan latihan/ simulasi keterampilan melakukan tindakan pencegahan pasien risiko jatuh!

- Gunakan Formulir Penilaian Keterampilan untuk prosedur tindakan pencegahan pasien risiko jatuh.
- Minta teman Anda untuk mengobservasi keterampilan Anda dalam melakukan pencegahan risiko jatuh.
- Lakukan terus latihan sampai dengan semua aspek yang dinilai mendapat nilai 2 (dilakukan dengan sempurna) (lihat contoh cara pengisian hasil observasi keterampilan)
- Berikan hasil latihan dan observasi teman Anda kepada pembimbing/ instruktur, lalu mintalah buatlah kontrak waktu untuk ujian/ penilaian oleh pembimbing.

Hasil penilaian keterampilan

**PENILAIAN KETERAMPILAN:
PROSEDUR TINDAKAN PENCEGAHAN PASIEN RISIKO JATUH**

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|-----|--|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| | <u>Tahap Prainteraksi</u> | | | |
| 1. | Persiapan perawat | | | √ |
| 2. | Persiapan alat : - Formulir penilaian risiko jatuh - Alat tulis - Gelang atau klip risiko jatuh - Segitiga jatuh - Brosur pencegahan risiko jatuh | | | √ |
| 3. | <u>Persiapan Lingkungan</u> | | | |
| | <u>Tahap Orientasi</u> | | | |
| 4. | Beri salam sambil berjabat tangan | | | √ |
| 5. | Perkenalkan diri perawat | | | √ |
| 6. | Tanyakan nama klien | | | √ |
| 7. | Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | | | √ |
| 8. | Kontrak: waktu dan tempat | | | √ |
| | <u>Tahap Kerja</u> | | | |
| 9. | Bina hubungan saling percaya | | | √ |
| 10. | Lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrumen yang sesuai (berdasarkan tempat pengkajian dan kondisi pasien) | | | √ |
| | Lakukan penilaian secara sistematis | | | √ |
| 11. | | | | √ |

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|-----------|
| 12. | Lakukan intervensi untuk mencegah pasien cedera akibat jatuh jika hasil penilaian menunjukkan pasien memiliki risiko jatuh ringan atau sedang : a. Edukasi Risiko Jatuh b. Pemasangan Gelang/ klip risiko jatuh pada pasien c. Pemasangan segitiga risiko jatuh di tempat tidur pasien | | | |
| <i>Tahap Terminasi</i> | | | | |
| 13. | Evaluasi respon subjektif dan objektif klien | | | √ |
| 14. | Berikan reinforcement positif | | | √ |
| 15. | Tentukan rencana tindak lanjut | | | √ |
| 16. | Beri salam terapeutik | | | √ |
| <i>Dokumentasi</i> | | | | |
| 17. | Catat hasil penilaian risiko jatuh | | | √ |
| 18. | Catat tindakan yang sudah dilakukan : pemasangan gelang/ klip risiko jatuh, segitiga jatuh, edukasi | | | √ |
| <i>Jumlah Nilai</i> | | | | 36 |

Keterangan :

0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna

- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99 = Baik; ≤ 80 = Tidak lulus

| | |
|--|----|
| Total Nilai | 36 |
| <i>Nilai</i> = $\frac{\text{Total Nilai}}{\text{Total Nilai}} \times 100 = \frac{36}{36} \times 100 = 100$ | |

| |
|-------------------|
| Observer/ Penilai |
| |

Ringkasan

Setelah selesai mempelajari topik di atas dapat kita simpulkan bahwa :

1. Menurunkan Risiko Pasien Jatuh merupakan salah satu bagian dari IPSPG, yaitu IPSPG keenam
2. Kegiatan menurunkan risiko pasien jatuh harus dilaksanakan pada seluruh ruang di rumah sakit, baik di ruang gawat darurat, ruang rawat jalan/ poliklinik, maupun ruang rawat inap.
3. Penilaian risiko jatuh pada pasien dapat dilakukan dengan beberapa instrumen, berdasarkan pada lokasi dan usia pasien. Intervensi kepada pasien yang berisiko jatuh dilakukan berdasarkan kategori risiko jatuh yang didapatkan dari penilaian sebelumnya

Tugas Praktika 6

1. **Skenario 2:** Anda bertugas di Ruang Perawatan suatu RS. Ketua Tim Asuhan keperawatan memberikan tugas kepada Anda untuk merawat 6 orang pasien yang berada di kamar 109. Tn. R berumur 32 tahun dengan diagnosa medis fraktur femur kiri post operasi ORIF hari ke-4. Pasien masuk RS Karena KLL. Saat ini keadaan umum pasien stabil dengan kesadaran CM, terpasang infus RL. Klien saat ini sudah mulai belajar menggunakan kruk.

Latihan: Lakukan penilaian risiko jatuh untuk pasien Tn. R dan berikan intervensi berdasarkan hasil penilaian risiko jatuh !

2. **Skenario 3:** Anda bertugas di Ruang Perawatan Anak suatu RS. Ketua Tim Asuhan Keperawatan memberikan tugas kepada Anda untuk merawat 5 orang pasien yang berada di kamar 10. An. K (laki-laki) berumur 12 tahun dengan diagnosa medis ALL pro Kemoterapi siklus II. Saat ini keadaan umum pasien sedang dengan kesadaran CM. Klien terpasang infus KA-EN 3A dan rencana transfusi darah karena Hb 7. Klien mengeluh pusing dan hanya tiduran di tempat tidur.

Lakukan penilaian risiko jatuh untuk pasien An. K dan berikan intervensi berdasarkan hasil penilaian risiko jatuh !

Petunjuk Mengerjakan Tugas Praktika 6, Skenario 1, 2 dan 3:

Pada skenario 2 dan 3 Anda terlebih dahulu menentukan instrumen penilaian risiko jatuh yang sesuai untuk menilai pasien, selanjutnya Anda lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrumen yang sesuai (Penilaian risiko jatuh pada Lansia/ Dewasa/ Anak-anak/ di Unit Rawat Jalan atau IGD) . Setelah mendapatkan kategori risiko jatuh pada pasien, selanjutnya tentukan intervensi yang sesuai. Terakhir lakukan simulasi keterampilan melakukan tindakan pencegahan pasien risiko jatuh !

- Usia pasien pada skenario 2: 32 tahun → gunakan penilaian risiko jatuh pasien dewasa
- Nilai risiko jatuh = ? termasuk risiko rendah/ sedang/ tinggi?
- Intervensi :?
- Minta bantuan teman untuk Observasi keseluruhan tindakan pencegahan pasien jatuh yang Anda lakukan dengan menggunakan formulir penilaian berikut.

**FORMULIR 1. PENILAIAN PELAKSANAAN KETERAMPILAN :
MELAKUKAN TINDAKAN PENCEGAHAN PASIEN RISIKO JATUH**

| No | Aspek yang dinilai | Nilai | | |
|----|-----------------------------------|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| | <u>Tahap Prainteraksi</u> | | | |
| 1. | Persiapan perawat | | | |
| 2. | Persiapan alat : | | | |
| | - Formulir penilaian risiko jatuh | | | |
| | - Alat tulis | | | |

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

| | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Gelang atau klip risiko jatuh - Segitiga jatuh - Brosur pencegahan risiko jatuh | | | |
| 3. | Persiapan Lingkungan | | | |
| | <u>Tahap Orientasi</u> | | | |
| 4. | Beri salam sambil berjabat tangan | | | |
| 5. | Perkenalkan diri perawat | | | |
| 6. | Tanyakan nama klien | | | |
| 7. | Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan | | | |
| 8. | Kontrak: waktu dan tempat | | | |
| | <u>Tahap Kerja</u> | | | |
| 9. | Bina hubungan saling percaya | | | |
| 10. | Lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrumen yang sesuai (berdasarkan tempat pengkajian dan kondisi pasien) Lakukan penilaian secara sistematis | | | |
| 11. | Lakukan intervensi untuk mencegah pasien cedera akibat jatuh jika | | | |
| 12. | hasil penilaian menunjukkan pasien memiliki risiko jatuh ringan atau sedang : a. Edukasi Risiko Jatuh b. Pemasangan Gelang/ klip risiko jatuh pada pasien c. Pemasangan segitiga risiko jatuh di tempat tidur pasien | | | |
| | <u>Tahap Terminasi</u> | | | |
| 13. | Evaluasi respon subjektif dan objektif klien | | | |
| 14. | Berikan reinforcement positif | | | |
| 15. | Tentukan rencana tindak lanjut | | | |
| 16. | Beri salam terapeutik | | | |
| | <u>Dokumentasi</u> | | | |
| 17. | Catat hasil penilaian risiko jatuh | | | |
| 18. | Catat tindakan yang sudah dilakukan : pemasangan gelang/ klip risiko jatuh, segitiga jatuh, edukasi | | | |
| | Total Nilai: | | | |

Keterangan :

0 = tidak dilakukan; 1 = dilakukan tetapi tidak sempurna; 2 = dilakukan dengan sempurna

| | |
|---|--|
| <p>Total Nilai</p> <p><i>Nilai</i> = $\frac{\text{Total Nilai}}{72} \times 100 = \dots\dots\dots$</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Nilai 100 = Sempurna - Nilai 81-99 = Baik - ≤ 80 = Tidak lulus |
|---|--|

FORMULIR 2. PENILAIAN PASIEN RISIKO JATUH DI RAWAT JALAN DAN IGD

■ MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN ■

| Komponen Penilaian | Ya | Tidak |
|---|----|-------|
| 1) Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi. Apakah pasien tampak tidak seimbang (sempoyongan / limbung)? | | |
| 2) Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk? | | |

Tingkat Risiko :

- Tidak Berisiko : (1) & (2) tidak ditemukan
- Risiko Rendah : (1) atau (2) ditemukan
- Risiko Tinggi : (1) & (2) ditemukan

**FORMULIR 3. PENILAIAN RISIKO JATUH PADA PASIEN DEWASA
(>18 TAHUN S.D. <60 TAHUN) DI RUANG RAWAT INAP (*Fall Morse Scale*)**

| No. | Risiko | Skala | Skor |
|-------------|--|--------------------|------|
| (1) | Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir | Tidak: 0 Ya: 25 | |
| (2) | Diagnosis Medis Sekunder >1 | Tidak: 0 Ya: 15 | |
| (3) | Menggunakan alat bantu jalan: <ul style="list-style-type: none"> • Bed rest/ dibantu perawat • Penopang/ tongkat/ walker • Furnitur | 0 15 30 | |
| (4) | Menggunakan infus | Tidak: 0 Ya: 25 | |
| (5) | Cara berjalan/ berpindah <ul style="list-style-type: none"> • Normal/ Bed rest/ imobilisasi • Lemah • Terganggu | 0 15 30 | |
| (6) | Status mental : <ul style="list-style-type: none"> • Orientasi sesuai kemampuan diri • Lupa keterbatasan diri | 0 15 | |
| Jumlah Skor | | | |

Tingkat Risiko :

- Tidak Berisiko bila skor 0-24 : lakukan perawatan yang baik
- Risiko Rendah bila skor 25-50 : lakukan perawatan yang baik
- Risiko Tinggi bila skor ≥ 50 : lakukan perawatan yang baik

**FORMULIR 4. PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN ANAK (USIA 0-18 TAHUN)
DI RUANG RAWAT INAP (*Humpty Dumty Scale*)**

| No. | Parameter | Kriteria | Skala | Skor |
|-------------|---|--|------------------|------|
| (1) | Umur | <ul style="list-style-type: none"> • Di bawah 3 tahun • 3-7 tahun • 7-13 tahun • >13 tahun | 4 3 2 1 | |
| (2) | Jenis Kelamin | <ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki • Perempuan | 2 1 | |
| (3) | Diagnosis | <ul style="list-style-type: none"> • Kelainan neurologi • Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop/sakit kepala, dll) • Kelainan psikis/ perilaku • Diagnosis lain | 4 3 2 1 | |
| (4) | Gangguan Kognitif | <ul style="list-style-type: none"> • Tidak sadar terhadap keterbatasan (Gangguan kesadaran, retardasi mental) • Lupa keterbatasan (Anank-anak yang hiperaktif) • Mengetahui kemampuan diri | 3 2 1 | |
| (5) | Faktor lingkungan | <ul style="list-style-type: none"> • Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi-anak • Pasien menggunakan alat bantu atau box/ furnitur • Pasien berada di tempat tidur • Di luar area pasien | 4 3 2 1 | |
| (6) | Respon thd pembedahan/ sedasi/ anestesi | <ul style="list-style-type: none"> • Dalam 24 jam • Dalam 48 jam • >48 jam | 3 2 1 | |
| (7) | Penggunaan obat | <ul style="list-style-type: none"> • Bermacam-macam obat yg digunakan: sedatif (kecuali pasien ICU yg menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Anti-depresan, Laksans/ diuretika, Narkotik • Salah satu dari pengobatan di atas • Pengobatan lain | 3 2 1 | |
| Jumlah Skor | | | | |

Glosarium

| | |
|----------------------------|---|
| KARS | : Komite Akreditasi rumah sakit |
| KKPRS | : Komite Keselamatan pasien rumah sakit |
| KTD | : Kejadian Tidak Diharapkan |
| Insiden keselamatan pasien | : kejadian tidak tidak diharapkan pada pasien |
| SOP | : Standar Operasional Prosedur |
| IPSG | : International Patient Safety Goals |

DAFTAR PUSTAKA

- Endriani, S. (2012) Panduan identifikasi pasien. https://www.academia.edu/keypass/PANDUAN_IDENTIFIKASI_PASIEN. Diperoleh 14 Agustus 2017.
- Hasri, E. T. (2015). Peningkatan Keamanan High-Alert Medication.
<https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/1680>
<https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/1680>
- <https://www.google.com/search?q=gambar+5+moment+hand+hygiene&tbm=isch&imgil>
- [http://www.who.int/qpsc/5may/Hand Hygiene Why How and When Brochure.pdf](http://www.who.int/qpsc/5may/Hand+Hygiene+Why+How+and+When+Brochure.pdf)
- Kementerian Ristekdikti. (2015). Modul pelatihan untuk pelatih keselamatan pasien.
<http://fk.ui.ac.id/uncategorized/e-book-modul-pelatihan-untuk-pelatih-keselamatan-pasien.html>
- Nurdiana dan Sulistyani, D. Ed. (2016). Buku saku keperawatan. Jakarta: Bidang Keperawatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- NHS Foundation Trust. (2015). Patient Identification Policy.
[.http://www.southernhealth.nhs.uk/resources/assets/inline/full/0/71283.pdf](http://www.southernhealth.nhs.uk/resources/assets/inline/full/0/71283.pdf)
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.
- World Health Organization. (2011). WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi Professional Edition.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/26/9789241501958_ind.pdf
Diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2011
Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan. (2015). Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien Edisi Multi-Profesional.
- IPSG 2 Peningkatan komunikasi yang efektif.
https://www.scribd.com/document/242148577/Komunikasi-SBAR-TBAK?doc_id=242148577&download=true&order=437759807
- Pedoman obat high alert.
https://dlscrib.com/download/pedoman-obat-high-alert_58afcc2d6454a7406ab1e8d9_pdf

https://www.scribd.com/search?page=1&content_type=tops&query=obat%20high%20alert



Pusdik SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120
Telp. 021 726 0401, **Fax.** 021 726 0485, **Email.** pusdiknakes@yahoo.com