

*Buku Ajar*

# MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN



Ike Puspitaningrum, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

**BUKU AJAR**  
**MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN**

**Penulis:**

Ike Puspitaningrum, S.Kep.,Ns.,M.Kep

**Penerbit: POLINDRA PRESS, INDRAMAYU**

Jl. Raya Lohbener Lama No. 8 Lohbener Indramayu, Jawa Barat

# **BUKU AJAR MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN**

## **Penulis**

Ike Puspitaningrum, S.Kep.,Ns.,M.Kep

**ISBN: 978-602-1043-26-4**

**Editor: Markiyah**

**Layout: Maria Ulfah**

**Ukuran Buku: vii; 16 x 25 cm; 181 hlm.**

**Cetakan Pertama: 2024**

Diterbitkan pertama kali oleh :

**POLINDRA PRESS**

Jl. Raya Lohbener Lama No. 8 Lohbener Indramayu, Jawa Barat

Email : [perpustakaan.polindra@gmail.com](mailto:perpustakaan.polindra@gmail.com)

Hak cipta di lindungi oleh Undang-Undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

## PRAKATA

**B**uku ajar manajemen keselamatan pasien ini ditulis berdasarkan pengalaman penulis selama mengajar mata kuliah manajemen keselamatan pasien, penelitian yang terkait dan berbagai sumber yang relevan. Buku ajar ini dirancang untuk memudahkan mahasiswa dalam memahami ilmu manajemen keselamatan pasien dari sudut pandang ilmu keperawatan. Materi yang komprehensif dalam buku ini membantu mahasiswa Diploma III Keperawatan memahami dan terampil dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman sebelum melaksanakan pembelajaran praktik klinik.

Penting bagi mahasiswa untuk memahami implementasi keselamatan pasien dalam memberikan asuhan keperawatan. Oleh karena itu buku ini didasarkan pada teori dan prosedur keterampilan yang diperlukan dalam implementasi *Patient Safety* di rumah sakit. Buku ini dirancang untuk mempermudah mahasiswa dalam memahami konsep dan praktik manajemen keselamatan pasien secara komprehensif. Buku ini juga dilengkapi dengan contoh kasus, standar prosedur operasional dan asesmen pembelajaran, sehingga mahasiswa dapat mengaplikasikan pengetahuan ini dalam praktik lapangan dengan lebih mudah.

Terima kasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu kelancaran penyusunan buku ajar ini. Terima kasih kepada rekan-rekan dosen dan staf di Prodi Keperawatan Politeknik Negeri Indramayu atas doa dan dukungannya. Penulis berharap semoga buku ajar ini memberikan manfaat pada profesi dan mahasiswa keperawatan dalam memahami dan mengimplementasikan manajemen keselamatan pasien.

Indramayu, Juli 2024

Penulis

## PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU

**B**uku ini terdiri dari 10 BAB yang menyajikan materi tentang keselamatan pasien dalam konteks keperawatan. Setiap BAB dilengkapi dengan materi penjelasan yang cukup lengkap disertai dengan ketrampilan prosedural yang harus dikuasai mahasiswa dalam implementasi manajemen keselamatan pasien. Setiap BAB juga terdapat rangkuman sehingga dapat memudahkan mahasiswa untuk memahami materi. Pada akhir BAB terdapat asesmen pembelajaran, yang bertujuan untuk mengevaluasi pemahaman mahasiswa terkait materi. Asesmen pembelajaran yang ada sangat bervariasi sehingga diharapkan dapat lebih menstimulasi kemampuan berpikir kritis mahasiswa.

Penggunaan buku ajar ini, disarankan dibaca secara sistematis dalam satu BAB. Dimulai dengan membaca materi kemudian dilanjutkan dengan mempelajari standar operasional prosedur keterampilan lalu dilanjutkan melakukan praktik di laboratorium keperawatan.

## DESKRIPSI SINGKAT MATA KULIAH

Mata kuliah Manajemen *Patient Safety* memberikan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa mulai dari konsep manajemen keselamatan pasien, peran perawat dalam memberikan asuhan yang aman, permasalahan terkait keselamatan pasien dan implementasi sasaran keselamatan pasien yang dapat dilaksanakan oleh perawat. Mahasiswa diberikan wawasan kognitif, psikomotor dan afektif terkait asuhan kepada pasien dengan lebih aman dan mencegah cedera akibat melakukan atau tidak melakukan tindakan. Kegiatan pembelajaran dirancang melalui kegiatan Interactive learning, Self-directed learning, Cooperative Learning, Role play dan simulasi. Sehingga pada akhir pembelajaran diharapkan mahasiswa mampu menerapkan *Patient Safety* dalam praktik keperawatan.

## DAFTAR ISI

PRAKATA.....	i
PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU .....	ii
DESKRIPSI SINGKAT MATA KULIAH .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
BAB I KESELAMATAN PASIEN.....	1
A. Konsep Dasar Keselamatan Pasien .....	1
B. Human Error dan Patient Safety.....	3
C. Pengertian Keselamatan Pasien .....	7
D. Prinsip Keselamatan Pasien.....	8
E. Standar Keselamatan Pasien.....	9
F. Sasaran Keselamatan Pasien.....	13
G. Langkah Menuju Keselamatan Pasien .....	14
H. Monitoring dan Evaluasi Keselamatan Pasien .....	15
I. Rangkuman.....	15
J. Asesmen Pembelajaran.....	16
BAB II IDENTIFIKASI PASIEN .....	21
A. Meningkatkan Identifikasi Pasien dengan Benar .....	21
B. Keterampilan Melakukan Identifikasi Pasien .....	32
C. Rangkuman.....	38
D. Asesmen Pembelajaran.....	39
BAB III KOMUNIKASI EFEKTIF.....	42
A. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif.....	42
B. Keterampilan Melakukan Komunikasi yang Efektif.....	47
C. Rangkuman.....	51
D. Asesmen Pembelajaran.....	52
BAB IV KEAMANAN OBAT YANG HARUS DIWASPADAI.....	53
A. Meningkatkan Keamanan Obat yang Harus Diwaspadai.....	53
B. Keterampilan Meningkatkan Keamanan Obat yang Harus Diwaspadai .....	61
C. Rangkuman.....	62
D. Asesmen Pembelajaran.....	64
BAB V KESELAMATAN PASIEN DALAM PEMBEDAHAN .....	65
A. Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar .....	65
B. Keterampilan Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar .....	72
C. Rangkuman.....	78
D. Asesmen Pembelajaran.....	79

BAB VI RISIKO INFEKSI .....	80
A. Mengurangi Risiko Infeksi akibat Perawatan Kesehatan .....	80
B. Keterampilan Mengurangi Risiko Infeksi akibat Perawatan Kesehatan .....	107
C. Rangkuman.....	112
D. Asesmen Pembelajaran.....	113
BAB VII RISIKO JATUH .....	115
A. Menurunkan Risiko Pasien Cidera akibat Jatuh.....	115
B. Keterampilan Menurunkan Risiko Pasien Cidera akibat Jatuh .....	128
C. Rangkuman.....	130
D. Asesmen Pembelajaran.....	130
BAB VIII INSIDEN KESELAMATAN PASIEN .....	133
A. Insiden Keselamatan Pasien .....	133
B. Rangkuman.....	137
C. Asesmen Pembelajaran.....	138
BAB IX PENANGANAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN .....	141
A. Penanganan Insiden.....	141
B. Pelaporan Insiden Internal .....	143
C. Pelaporan Insiden Eksternal .....	145
D. Analisa Matriks Grading Risiko .....	145
E. Rangkuman.....	148
F. Asesmen Pembelajaran.....	149
BAB X PERAN PERAWAT DALAM KESELAMATAN PASIEN .....	153
A. Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien.....	153
B. Rangkuman.....	159
C. Asesmen Pembelajaran.....	159
BAB XI EARLY WARNING SYSTEM .....	162
A. <i>Early Warning System Score</i> .....	162
B. Keterampilan Penilaian EWS.....	171
C. Asesmen Pembelajaran.....	172
D. Rangkuman.....	174
DAFTAR PUSTAKA.....	175
INDEKS .....	175

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Gelang Identitas Pasien.....	24
Gambar 2. 2 Klip / Kancing Penanda.....	25
Gambar 2. 3 Gelang Penanda.....	25
Gambar 4. 1 Contoh Obat LASA/NORUM.....	55
Gambar 4. 2 Obat Elektrolit Konsentrasi Tinggi.....	57
Gambar 4. 3 Pelabelan Obat yang Perlu Diwaspadai.....	58
Gambar 5. 1 Surgical Safety Checklist.....	77
Gambar 6. 1 Rantai Infeksi.....	82
Gambar 6. 2 Cara Mencuci Tangan dengan Sabun dan Air.....	85
Gambar 6. 3 Mencuci Tangan dengan Antiseptik.....	86
Gambar 6. 4 Sarung Tangan Steril.....	87
Gambar 6. 5 Sarung Tangan Bersih.....	88
Gambar 6. 6 Sarung Tangan Rumah Tangga.....	88
Gambar 6. 7 Masker N95 dan Masker Medis/Bedah.....	92
Gambar 6. 8 Masker N95 dan KN95.....	92
Gambar 6. 9 Masker Bedah.....	93
Gambar 6. 10 Masker Respirator N95.....	93
Gambar 6. 11a) Gaun Sekali Pakai; b) Gambar Apron.....	95
Gambar 6. 12 Coverall Medis.....	95
Gambar 6. 13 Goggle dan Perisai Wajah.....	96
Gambar 6. 14 Shoe covers.....	98
Gambar 6. 15 Sepatu Boot.....	98
Gambar 6. 16 Topi Pelindung.....	99
Gambar 6. 17 Grading Risiko Insiden.....	145

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Kerangka Faktor yang Berkontribusi Mempengaruhi Praktik Klinis (Vincent Dkk, 1998) .....	6
Tabel 4. 1 Contoh Kelompok Obat yang Memiliki Rupa Mirip ( <i>look-alike</i> ) .....	54
Tabel 4. 2 Contoh Kelompok Obat Yang Memiliki Nama Mirip ( <i>Sound-Alike</i> ) .....	54
Tabel 7. 1 Faktor Intrinsik dan Ekstrinsik Risiko Jatuh .....	116
Tabel 7. 2 Penilaian Risiko Jatuh Morse Fall Scale .....	120
Tabel 7. 3 Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh .....	123
Tabel 7. 4 Penilaian Risiko Jatuh Humpty Dumpty.....	124
Tabel 7. 5 Penilaian Risiko Jatuh untuk Geriatrik .....	125
Tabel 7. 6 Penilaian Risiko Jatuh Edmonson.....	126
Tabel 9. 1 Penilaian Dampak Klinis /Konsekuensi / Severity .....	146
Tabel 9. 2 Penilaian Probabilitas / Frekuensi .....	146
Tabel 9. 3 Matriks Grading Risiko .....	148
Tabel 9. 4 Tindakan Sesuai Tingkat dan Bands Risiko.....	148
Tabel 11. 1 Parameter Fisiologis National Early Warning Score (NEWS) .....	167
Tabel 11. 2 Ambang Batas Risiko Klinis dan Respon NEWS .....	168
Tabel 11. 3 Respon Klinis National Early Warning Score (NEWS).....	168
Tabel 11. 4 Observasi National Early Warning Score (NEWS) .....	170

# BAB I

## KESELAMATAN PASIEN

### Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tentang pengertian keselamatan pasien.
2. Menjelaskan tentang tujuan keselamatan pasien.
3. Menjelaskan tentang kebijakan keselamatan pasien.
4. Menjelaskan budaya keselamatan pasien.
5. Menjelaskan tentang standar dan sasaran keselamatan pasien.

### A. Konsep Dasar Keselamatan Pasien

Pelaksanaan pelayanan kesehatan yang mengedepankan keselamatan pasien masih menjadi tantangan baik di Indonesia maupun secara global. Hal ini diungkapkan oleh *World Health Organization* (WHO) pada Hari Keselamatan Pasien, 17 September 2019. WHO menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah masalah global yang serius (Ricciardi & Cascini, 2021). Laporan WHO menyebutkan 4 dari setiap 10 pasien mengalami kerugian dalam perawatan kesehatan primer dan rawat jalan, dan kerugian yang terjadi dianggap dapat dicegah hingga 80%. Kesalahan yang paling merugikan terkait dengan diagnosis, resep, dan penggunaan obat (Auraaen, 2018). Masalah yang masih terjadi di seluruh dunia menurut laporan WHO meliputi, praktik penggunaan obat yang tidak aman atau kesalahan pengobatan, adanya diagnosis yang tertunda, biaya pengobatan efek kerugian pasien, komplikasi dari operasi yang menyebabkan lebih dari 1 juta kematian pasien setiap tahun, dan penggunaan radiasi medis yang tidak sesuai atau tidak terampil yang mengakibatkan bahaya kesehatan bagi pasien dan staf (Aitken, 2012; WHO, 2017; Khoo, 2012; NASEM, 2015). Berdasarkan akibat insiden pada tahun 2019 di Indonesia terdapat 171 kasus kematian, 80 kasus cedera berat, 372 kasus cedera sedang, 1183 kasus cedera ringan, dan 5659 kasus tidak ada cedera (Daud, 2020).

Gambaran kejadian atau insiden keselamatan pasien yang terjadi di Indonesia masih sangat terbatas untuk pelaporannya. Di tingkat rumah sakit, penerapan sistem pelaporan insiden masih bervariasi. Rumah sakit, secara tradisional, memiliki budaya pelaporan yang kurang baik, ditandai dengan petugas kesehatan tidak melaporkan suatu insiden, meskipun mereka pernah terlibat atau menyaksikan insiden tersebut (Dhamanti et al, 2019). Selain itu, investigasi lanjutan tidak dilakukan dengan baik dan kurangnya umpan balik dan pembelajaran yang sistematis (Ekayani, 2017). Di

tingkat nasional, hanya ada 132 insiden yang dilaporkan pada tahun 2013 dan 688 insiden pada tahun 2016 (Dhamanti dkk, 2020). Data yang didapatkan sangat terbatas karena laporan tahunan, evaluasi, atau situs web komprehensif untuk pelaporan insiden atau keselamatan pasien yang dibagikan kepada publik tidak tersedia untuk umum (Dhamanti dkk, 2019). Faktor yang dinilai menjadi penyebab belum optimalnya pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit dalam studi Larasati dan Dhamanti (2021) antara lain karena masih rendahnya kepatuhan petugas, sarana dan prasana yang tidak mendukung, serta rendahnya komitmen manajemen dalam melaksanakan keselamatan pasien.

Sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan secara paripurna, rumah sakit tentu harus memperhatikan aspek keselamatan pasien pada setiap pelayanan yang diberikan. Keselamatan pasien merupakan salah satu aspek penting yang harus diterapkan oleh suatu institusi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit. Pelaksanaan keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama dalam setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien demi menjaga citra dan mutu rumah sakit (Juniarti and Mudayana, 2018). Dengan menerapkan sistem keselamatan pasien yang baik maka suatu rumah sakit dapat menyelenggarakan pelayanan yang lebih aman kepada pasien. Penerapan sistem keselamatan pasien yang baik di rumah sakit bertujuan untuk meminimalisir terjadinya insiden keselamatan pasien. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pada pasien, pelaporan dan analisis insiden yang terjadi pada pasien, kemampuan belajar dari insiden yang terjadi dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan insiden terulang kembali (Permenkes, 2017).

Mengingat pentingnya memahami penerapan keselamatan pasien yang baik dan benar bagi tenaga kesehatan. Institusi pendidikan mempunyai peranan yang penting untuk turut menyiapkan tenaga kesehatan yang mampu memberikan layanan kesehatan yang mengedepankan keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan unsur penting guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Sistem keselamatan pasien ditujukan untuk mengurangi risiko, mencegah terjadinya cedera akibat proses pelayanan pasien, serta tidak terulangnya insiden keselamatan pasien melalui penciptaan budaya keselamatan pasien. Keselamatan harus menjadi prioritas dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keselamatan pasien merupakan suatu proses pelayanan yang aman yang terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan manajemen risiko, pelaporan dan analisis insiden, tindak lanjut dan solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Keselamatan pasien adalah sesuatu yang lebih penting dari pada sekedar efisiensi pelayanan.

Perilaku perawat dan kemampuan perawat memegang peranan penting dalam penerapan keselamatan pasien. Perilaku tidak aman, kelupaan, kurangnya perhatian atau motivasi, kecerobohan, dan kemampuan yang mengabaikan dan menjaga keselamatan pasien semuanya berisiko terjadinya kesalahan dan akan menimbulkan cedera pada pasien, selanjutnya pengurangan kesalahan dapat dilakukan dengan memodifikasi perilaku. Perawat harus melibatkan psikologis, afektif dan melakukan tindakan dengan mengutamakan keselamatan pasien. Perawat berperan penting dalam peningkatan keselamatan pasien, karena perawat adalah profesi yang secara terus menerus selama 24 jam mendampingi dan berada di dekat pasien. Perawat dapat melaksanakan perannya dalam peningkatan keselamatan pasien, dengan cara diantaranya: setiap melakukan asuhan keperawatan seperti menyebutkan pasien dengan namanya, komunikasi menggunakan SBAR, melaksanakan upaya memutus rantai infeksi dengan menjaga kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri, penggunaan teknik aseptik, penanganan alat bekas pakai dan limbah, penanganan benda tajam: pencegahan needle stick injury dan penanganan pasca pajanan. Perawat juga dapat berperan meningkatkan keselamatan pasien dengan menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) Keselamatan Pasien.

## B. Human Error dan Patient Safety

Membuat kesalahan yang serius dalam memberikan pelayanan kepada pasien bagi perawat, dokter atau tenaga kesehatan lainnya merupakan sebuah pengalaman yang buruk. Kesalahan yang terjadi bisa saja mempunyai konsekuensi yang serius bahkan dirasakan sepanjang hidup, baik oleh pasien, keluarga maupun tenaga kesehatan. Untuk mencegah terjadinya *human error* oleh tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan, perlu menerapkan sebuah praktik baik yang dilakukan dengan profesional. Sebelum tenaga kesehatan dapat menghindari *human error* tentunya harus dipahami dulu apakah yang dimaksud dengan *human error*, situasi seperti apa yang berpotensi untuk meningkatkan kejadian tersebut serta apa saja upaya yang dapat dilakukan dan disiapkan untuk mencegahnya.



Ilustrasi: clipart-library.com

*Human error* atau kesalahan manusia secara khusus merujuk pada kesalahan yang dilakukan oleh individu yang dapat menyebabkan gangguan operasional atau kegagalan. *Human error* merupakan tindakan yang tidak menghasilkan hasil yang diinginkan, yang dilakukan tanpa maksud untuk menyebabkan masalah. Hal ini dapat terjadi karena berbagai alasan, seperti kelelahan, kurangnya perhatian, atau kurangnya pengetahuan (Donaldson, 2021). *Human error* pada umumnya diklasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu kesalahan yang tidak disengaja (*slips and lapses*) dan kesalahan yang disengaja (*mistakes*)

#### 1. Kesalahan *Slips* dan *Lapses*

Kesalahan ini terjadi ketika seseorang memiliki niat untuk melakukan tindakan yang benar, tetapi gagal melakukannya karena faktor eksternal atau internal seperti distraksi atau lupa. *Slips* berhubungan dengan tindakan yang dapat diamati dan berhubungan dengan kegagalan perhatian, sedangkan *lapses* adalah peristiwa internal dan berhubungan dengan kegagalan memori.

*Slips* adalah kesalahan yang terjadi ketika seseorang memiliki niat yang benar tetapi gagal dalam eksekusinya. Ini biasanya terjadi karena gangguan atau kegagalan dalam perhatian. Ini adalah kesalahan yang terjadi saat tindakan yang dilakukan tidak sesuai dengan yang dimaksudkan atau direncanakan. Contoh: Saat seorang perawat membantu pasien personal hygiene, karena tidak fokus seharusnya menggunakan sabun untuk mandi tetapi menggunakan shampo.

*Lapses* adalah kesalahan yang terjadi karena seseorang melupakan informasi atau langkah dalam suatu proses. Kesalahan ini biasanya terkait dengan memori dan terjadi saat seseorang lupa tentang informasi atau tindakan yang biasanya mereka ketahui atau lakukan dengan rutin. Contoh: Seorang dokter sedang meresepkan antibiotik untuk pasiennya yang menjalani perawatan di ruang rawat inap. Saat dokter membuka tabel obat pasien di komputer, seorang perawat menyela karena dia khawatir dengan pasien yang tekanan darahnya sangat rendah. Dokter kemudian pergi dengan perawat untuk memeriksa pasien lain dan lupa menyelesaikan resepnya. Tugas lain menyusul dan terjadi penundaan yang cukup lama dalam pemberian antibiotik dan pasien menjadi sangat septik (Donaldson, 2021).

#### 2. Kesalahan *Mistakes*

Kesalahan yang terjadi karena kesalahan dalam perencanaan atau pemahaman yang salah tentang cara melaksanakan tugas. Hal ini sering disebabkan oleh kurangnya pengetahuan atau pengalaman. Jika dokter memperlakukan seseorang yang mengalami nyeri dada seolah-olah menderita

infark miokard, padahal sebenarnya menderita tukak lambung, maka hal tersebut merupakan suatu kesalahan. Niatnya jelas, tindakannya sesuai dengan niatnya, namun rencananya salah.

- a. **Kesalahan berbasis aturan** terjadi ketika orang tersebut sudah mengetahui beberapa aturan atau prosedur, yang diperoleh sebagai hasil dari pelatihan atau pengalaman. Kesalahan berdasarkan aturan dapat terjadi karena penerapan aturan yang salah, seperti merawat seseorang yang terkena influenza padahal harus mengikuti pedoman untuk sepsis meningokokus. Alternatifnya, kesalahan bisa terjadi karena prosedurnya sendiri yang salah (misalnya pedoman klinis yang tidak memadai).
  - Kasa secara tidak sengaja tertinggal pada luka setelah operasi karena prosedur operasi standar penghitungan kasa tidak diikuti dengan benar. (Penyalahgunaan aturan yang baik).
  - Seorang pasien dipindahkan dari satu tempat ke tempat lain tanpa bantuan dan pengawasan medis yang tidak memadai. (Penerapan aturan yang buruk: prosedur operasi standar untuk pemindahan pasien yang aman dirancang dengan buruk dan sulit dipahami, pasien dianggap tidak layak untuk transportasi dengan ketergantungan rendah).
- b. **Kesalahan berbasis pengetahuan** terjadi dalam situasi baru dimana solusi terhadap suatu masalah harus segera diselesaikan. Dalam kesalahan berbasis pengetahuan, perubahan yang terjadi tidak dapat dikenali atau direncanakan dan bergantung pada proses penalaran yang penuh upaya kognitif dan rawan kesalahan.
  - Seorang dokter mungkin tidak terbiasa dengan gambaran klinis suatu penyakit tertentu, atau mungkin ada banyak kemungkinan diagnostik dan tidak ada cara yang jelas untuk memilih di antara keduanya.
  - Keadaan pasien memburuk dengan cepat setelah ekstubasi pada perawatan intensif dan selang endotrakeal tidak dapat diubah posisinya seperti biasa (melalui mulut atau hidung). Tim yang terlibat belum pernah menghadapi situasi yang sulit sebelumnya dan kesempatan untuk melakukan pembedahan jalan napas (trakeostomi) pada tahap awal terlewatkan. Tantangan dalam pengambilan keputusan mengenai pilihan jalan napas diperparah oleh tingginya tingkat stres dalam situasi ini (Donaldson, 2021).

*Human error* sering kali terjadi karena berbagai faktor yang berkaitan dengan kondisi kerja, seperti kelelahan, tekanan, atau kurangnya pelatihan yang memadai. Faktor Kontributor merupakan keadaan, tindakan, atau faktor yang mempengaruhi dan berperan dalam mengembangkan dan atau meningkatkan risiko suatu kejadian (misalnya pembagian tugas yang tidak sesuai dengan kebutuhan). Berikut faktor-faktor yang berkontribusi dalam implementasi praktik klinik yang dikembangkan oleh Vincent.

**Tabel 1. 1 Kerangka Faktor yang Berkontribusi Mempengaruhi Praktik Klinik (Vincent Dkk, 1998)**

<b>Jenis faktor</b>	<b>Faktor Kontributor</b>
Pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kondisi (kompleksitas dan keseriusan)</li> <li>- Bahasa dan komunikasi</li> <li>- Faktor kepribadian dan sosial</li> </ul>
Tugas dan teknologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desain tugas dan kejelasan struktur</li> <li>- Ketersediaan dan penggunaan protokol</li> <li>- Ketersediaan dan keakuratan hasil tes</li> <li>- Alat bantu pengambilan keputusan</li> </ul>
Individu (staf)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengetahuan dan kemampuan</li> <li>- Kompetensi</li> <li>- Kesehatan fisik dan mental</li> </ul>
Tim	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komunikasi verbal</li> <li>- Komunikasi tertulis</li> <li>- Pengawasan dan mencari bantuan</li> <li>- Kepemimpinan tim</li> </ul>
Lingkungan kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat kepegawaian dan perpaduan keterampilan</li> <li>- Pola beban kerja dan shift</li> <li>- Desain, ketersediaan, dan pemeliharaan peralatan</li> <li>- Dukungan administratif dan manajerial</li> <li>- Lingkungan fisik</li> </ul>
Organisasi dan manajemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sumber daya keuangan dan kendalanya</li> <li>- Struktur organisasi</li> <li>- Kebijakan, standar, dan tujuan</li> <li>- Budaya dan prioritas keselamatan</li> </ul>
Konteks Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konteks ekonomi dan peraturan</li> <li>- Layanan kesehatan nasional eksekutif</li> <li>- Hubungan dengan organisasi eksternal</li> </ul>

Faktor yang paling atas adalah faktor pasien. Dalam situasi klinis apa pun, kondisi pasien akan mempunyai pengaruh paling langsung praktik dan hasil. Faktor pasien lainnya seperti kepribadian, bahasa, dan masalah psikologis juga penting karena dapat mempengaruhi komunikasi dengan staf. Rancangan tugas, ketersediaan dan kejelasan protokol dan pedoman dapat mempengaruhi proses pelayanan dan mempengaruhi kualitas pelayanan. Faktor individu mencakup pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman masing-masing staf, yang tentunya akan mempengaruhi praktik klinis mereka. Setiap anggota staf merupakan bagian dari tim dalam unit rawat inap atau komunitas, dan bagian dari organisasi rumah sakit, layanan primer, atau layanan kesehatan mental yang lebih luas. Cara seseorang berlatih, dan dampaknya terhadap pasien, dibatasi dan dipengaruhi oleh anggota tim lainnya dan cara mereka berkomunikasi, mendukung, dan mengawasi satu sama lain. Tim dipengaruhi oleh tindakan manajemen dan keputusan yang dibuat pada tingkat yang lebih tinggi dalam organisasi. Ini termasuk kebijakan untuk penggunaan staf, pendidikan berkelanjutan, pelatihan, dan pengawasan serta ketersediaan peralatan dan perbekalan. Organisasi itu sendiri dipengaruhi oleh konteks kelembagaan, termasuk kendala keuangan, peraturan eksternal, dan iklim ekonomi dan politik yang lebih luas.

*Human error* sering kali terjadi karena berbagai faktor yang berkaitan dengan kondisi kerja, seperti kelelahan, tekanan, atau kurangnya pelatihan yang memadai. Contoh *human error*, seorang dokter mungkin salah menginterpretasikan dosis obat yang harus diberikan kepada pasien karena kelelahan, yang mengakibatkan komplikasi medis. Kondisi ini sering kali dipengaruhi oleh *human factors* yang tidak diatur dengan baik. Oleh karena itu, mengurangi *human error* memerlukan pemahaman mendalam tentang *human factor* yang berkontribusi terhadap kesalahan ini. Memahami dan mengurangi *human error* sangat penting untuk meningkatkan keamanan dan keselamatan. Dengan demikian, pemahaman yang komprehensif tentang *human error* dan faktor-faktor yang mempengaruhinya adalah kunci untuk menciptakan pelayanan yang lebih aman.

### **C. Pengertian Keselamatan Pasien**

Keselamatan pasien merupakan suatu upaya rumah sakit membuat pasien terhindar dari kecelakaan/*injury* akibat *error* yang sebenarnya dapat dicegah, seperti dikemukakan oleh *Institute Of Medicine* (IOM) yang mendefinisikan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan suatu

tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).

Menurut WHO (2023) Keselamatan pasien adalah: “Sebuah kerangka kegiatan terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi dan lingkungan dalam perawatan kesehatan secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya kerugian yang dapat dihindari, membuat kesalahan lebih kecil kemungkinannya dan mengurangi dampak kerugian ketika hal itu terjadi”. Keselamatan pasien merupakan indikator yang paling utama dalam sistem pelayanan kesehatan, yang diharapkan dapat menjadi acuan dalam menghasilkan pelayanan kesehatan yang optimal dan mengurangi insiden bagi pasien.

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 (Permenkes, 2017).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman, mencegah terjadinya insiden bagi pasien serta memperbaiki pelayanan bagi pasien.

#### **D. Prinsip Keselamatan Pasien**

Tujuh prinsip menuju keselamatan pasien rumah sakit terdiri dari:

1. Kesadaran (*awareness*) tentang nilai keselamatan pasien
2. Komitmen pelayanan kesehatan berorientasi *patient safety*,
3. Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko penyebab insiden terkait *patient safety*,
4. Kepatuhan pelaporan insiden terkait *patient safety*,
5. Kemampuan berkomunikasi yang efektif dengan pasien tentang faktor risiko insiden terkait *patient safety*,
6. Kemampuan mengidentifikasi akar masalah penyebab masalah terkait *patient safety*,
7. Kemampuan memanfaatkan informasi tentang kejadian yang terjadi untuk mencegah kejadian berulang.

## E. Standar Keselamatan Pasien

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 penyelenggara atau fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Peraturan menteri kesehatan nomor 11 tahun 2017 dalam pasal 5 menyebutkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien. Penyelenggaraan Keselamatan Pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan: standar Keselamatan Pasien; sasaran Keselamatan Pasien; dan tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien.

Sistem pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan harus menjamin pelaksanaan 3 hal, yaitu terkait asuhan, pelaporan dan analisis insiden serta implementasi solusi mencegah terjadinya cedera. Asuhan pasien harus diberikan lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien. Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya. 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.

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi. Standar Keselamatan Pasien diatur melalui peraturan menteri kesehatan nomor 11 tahun 2017 pasal 5 ayat 4. Standar keselamatan pasien meliputi tujuh standar, yaitu: hak pasien; pendidikan bagi pasien dan keluarga; Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan; penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien; peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien; pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien; dan komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien.

### 1. Standar hak pasien

Standar hak pasien merupakan hak pasien dan keluarganya untuk mendapatkan informasi tentang diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, dan perkiraan biaya pengobatan.

Kriteria standar hak pasien meliputi harus ada dokter penanggung jawab pelayanan; rencana pelayanan dibuat oleh dokter penanggung jawab pelayanan; dan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan.

## 2. Standar pendidikan kepada pasien dan keluarga

Standar pendidikan kepada pasien dan keluarga berupa kegiatan mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. 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.

Kriteria Standar pendidikan kepada pasien dan keluarga terdiri dari: memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap, dan jujur; mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga; mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti; memahami konsekuensi pelayanan; mematuhi nasihat dokter dan menghormati tata tertib fasilitas pelayanan kesehatan; memperlihatkan sikap saling menghormati dan tenggang rasa; dan memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

## 3. Standar keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Standar Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan merupakan upaya fasilitas pelayanan kesehatan di bidang Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria standar Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan meliputi:

- a. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, pemindahan pasien, rujukan, dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
- b. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan ketersediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- c. Koordinasi pelayanan dalam meningkatkan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, asuhan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi, rujukan, dan tindak lanjut lainnya.
- d. Komunikasi dan penyampaian informasi antar profesi kesehatan sehingga tercapai proses koordinasi yang efektif.

4. Standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan Keselamatan Pasien merupakan kegiatan mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta Keselamatan Pasien.

Kriteria standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan Keselamatan Pasien meliputi:

- a. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik. Proses perancangan (desain) yang baik dilakukan dengan 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, dan keuangan.
  - c. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi semua insiden dan secara proaktif melakukan evaluasi 1 (satu) proses kasus risiko tinggi setiap tahun.
  - d. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil evaluasi dan analisis untuk menentukan perubahan sistem (redesain) atau membuat sistem baru yang diperlukan, agar kinerja dan Keselamatan Pasien terjamin.
5. Standar peran kepemimpinan dalam peningkatan keselamatan pasien

Standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien merupakan kegiatan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam: (1) Mendorong dan menjamin implementasi Keselamatan Pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien; (2) Menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko Keselamatan Pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif; (3) Menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang Keselamatan Pasien; (4) Mengalokasikan sumber daya yang ada buat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan Keselamatan Pasien; dan (5) Mengukur dan

mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan Keselamatan Pasien.

Kriteria standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien meliputi:

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola Keselamatan Pasien.
  - b. Tersedia kegiatan atau program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
  - c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam Keselamatan Pasien.
  - d. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko, 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), KTD, dan kejadian sentinel pada saat Keselamatan Pasien mulai dilaksanakan.
  - f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, 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 efektifitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan Keselamatan Pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.
6. Standar pendidikan staf dan komunikasi keselamatan pasien

Standar pendidikan kepada staf tentang Keselamatan Pasien merupakan kegiatan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup

keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas. 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.

Kriteria Standar pendidikan kepada staf tentang Keselamatan Pasien memiliki:

- a. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan 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 harus mengintegrasikan topik Keselamatan Pasien dalam setiap kegiatan pelatihan/magang dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan Insiden;
- c. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama tim (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

#### 7. Standar Komunikasi sebagai Kunci bagi Staff untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Standar komunikasi merupakan kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan dalam merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi Keselamatan Pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal yang tepat waktu dan akurat. Kriteria standar komunikasi, yaitu (1) tersedianya anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan Keselamatan Pasien; dan (2) tersedianya mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

### **F. Sasaran Keselamatan Pasien**

Keselamatan pasien wajib diupayakan untuk dipenuhi, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit disebutkan bahwa terdapat 6 sasaran keselamatan pasien yang wajib dilaksanakan. 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 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
6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Tujuan dari pelaksanaan sasaran keselamatan pasien antara lain:

1. Terwujudnya culture keselamatan pasien pada fasilitas kesehatan
2. Melaksanakan pelayanan kesehatan yang aman serta bermutu tinggi sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat fasilitas kesehatan.
3. Berkurangnya Kejadian Tidak Diharapkan dan tidak ada senitel di Fasilitas kesehatan.
4. Terwujudnya program-program preventif sehingga terjadi pemecahan Kejadian Tidak Diinginkan dan senitel.

### **G. Langkah Menuju Keselamatan Pasien**

Fasilitas pelayanan Kesehatan dapat memperbaiki keselamatan pasien, melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya dengan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. 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. Tujuh langkah menuju keselamatan Pasien terdiri dari:

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.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan.
4. Mengembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara berkomunikasi, cara terbuka dan mendengarkan pasien.

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien. Dorong staf untuk menggunakan analisa akar 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 tersebut dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

## H. Monitoring dan Evaluasi Keselamatan Pasien

1. Di Rumah Sakit: Pimpinan rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi pada unit-unit kerja di rumah sakit, terkait dengan pelaksanaan keselamatan di unit kerja.
2. Di Provinsi: Dinas kesehatan provinsi dan PERSI daerah melakukan monitorin dan evaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit.
3. Di Pusat: a. Komite kelamatan pasien rumah sakit melakukan monitorin dan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien rumah sakit di rumah sakit; b. Monitoring dan evaluasi dilaksanakan minimal satu tahun satu kali.

## I. Rangkuman

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.

Keselamatan pasien adalah sesuatu yang lebih penting dari pada sekedar efisiensi pelayanan. Membuat kesalahan yang serius dalam memberikan pelayanan kepada pasien bagi perawat, dokter atau tenaga kesehatan lainnya merupakan sebuah pengalaman yang buruk. Kesalahan yang terjadi bisa saja mempunyai konsekuensi yang serius bahkan dirasakan sepanjang hidup, baik oleh pasien, keluarga maupun tenaga kesehatan. Untuk mencegah terjadinya *human error* oleh tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan, perlu menerapkan sebuah praktik baik yang dilakukan dengan profesional.

*Human error* merupakan tindakan yang tidak menghasilkan hasil yang diinginkan, yang dilakukan tanpa maksud untuk menyebabkan masalah. Hal ini dapat terjadi karena berbagai alasan, seperti kelelahan, kurangnya perhatian, atau kurangnya pengetahuan (Donaldson, 2021). *Human error* pada umumnya diklasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu kesalahan yang tidak disengaja (*slips and lapses*) dan kesalahan yang disengaja (*mistakes*). *Slips* berhubungan dengan tindakan yang dapat diamati dan berhubungan dengan kegagalan perhatian, sedangkan *lapses* adalah peristiwa internal dan berhubungan dengan kegagalan memori. *Mistakes* adalah kesalahan yang terjadi karena kesalahan dalam perencanaan atau pemahaman yang salah tentang cara melaksanakan tugas. Hal ini sering disebabkan oleh kurangnya pengetahuan atau pengalaman. *Mistakes* terdiri dari kesalahan berbasis aturan dan kesalahan berbasis pengetahuan. **Kesalahan berbasis aturan** terjadi ketika orang tersebut sudah mengetahui beberapa aturan atau prosedur, yang diperoleh sebagai hasil dari pelatihan atau pengalaman. **Kesalahan berbasis pengetahuan** terjadi dalam situasi baru dimana solusi terhadap suatu masalah harus segera diselesaikan. Dalam kesalahan berbasis pengetahuan, perubahan yang terjadi tidak dapat dikenali atau direncanakan dan bergantung pada proses penalaran yang penuh upaya kognitif dan rawan kesalahan.

## J. Asesmen Pembelajaran

Pahami kasus berikut, identifikasi bentuk dari kesalahan yang terjadi (*slips, lapses, mistakes*) dan kelompokkan faktor yang berkontribusi terjadinya cedera pada pasien berdasarkan Kerangka faktor yang berkontribusi mempengaruhi praktik klinis.

### **Kasus:**

Pasien Jatuh (Donaldson dkk., 2021)

#### Hari 1:

Seorang pria usia 88 tahun dibawa ke unit gawat darurat (UGD) pada sore hari oleh istri dan putrinya. Dia menjadi semakin bingung di rumah dan tidak mengurus dirinya sendiri seperti biasanya. Riwayat kesehatan masa lalunya penyakit paru obstruktif kronik, penggantian katup aorta untuk stenosis, laminektomi untuk dekompresi saraf skiatik, dan hipertrofi prostat jinak. Keluhannya adalah kebingungan dan halusinasi yang semakin parah, gangguan tidur, nafsu makan buruk, dan sesak napas yang semakin parah. Dia dirawat oleh dokter residen pada pukul 16:20 dan diperiksa oleh dokter konsultan pada pukul 17:15 ketika diagnosis sementara sepsis yang tidak diketahui asalnya dibuat. Pasien dipindahkan dari UGD pada pukul 21.00 dan dirawat di bangsal penyakit dalam.

Penilaian risiko jatuh dilakukan di UGD dan ditemukan berisiko tinggi, sayangnya tidak ada rencana tindakan jatuh yang dibuat dan tingkat risiko tidak diserahkan secara memadai pada saat transfer pasien kepada perawat di bangsal penyakit dalam. Keluarga tersebut sudah berbicara dengan staf di UGD dan bangsal penyakit dalam tentang kekhawatiran mereka bahwa pasien mungkin bisa terjatuh dan melukai dirinya sendiri terutama karena tempat tidur pasien berada di ujung pada akhir bangsal di mana pasien tidak akan mudah untuk diamati.

Bangsal tersebut jumlah pasiennya sedang tinggi dan ketergantungan pasiennya juga tinggi. Perawat yang menjaga pasien ini memutuskan bahwa pasien tidak memerlukan perawatan 1:1 tetapi meminta pembantu orang sakit (POS) untuk memeriksanya secara teratur. Pasien dirawat di tempat tidur dengan rel samping (tidak direkomendasikan pada pasien berisiko tinggi karena mereka dapat tersangkut di rel jika bingung) dan bukan di tempat tidur rendah dengan “crash mattresses” di kedua sisinya seperti yang direkomendasikan untuk pasien berisiko terjatuh.

Sekitar pukul 21.45 pasien ditemukan tergeletak di lantai dekat tempat tidur. Ia bingung dan mengeluh nyeri pada pinggul dan paha kanan. Dia diperiksa oleh dokter residen yang dipanggil yang catatannya berbunyi:

*Diminta menemui pasien karena jatuh tanpa saksi, ditemukan oleh perawat dalam keadaan waspada tetapi sangat bingung, mengaku kebingungan dan infeksi saluran kemih. Rencanakan EKG, tinjauan pinggul kanan di pagi hari untuk mengetahui perkembangan pembengkakan/memar, observasi ketat untuk mencegah jatuh lebih lanjut, tim barian untuk mempertimbangkan apakah diperlukan pencitraan lebih lanjut.*

Pasien dipindahkan ke ruang dimana ia dapat diamati dengan cermat, EKG ditinjau (tidak ada gejala akut yang terlihat) dan catatan keperawatan mencatat malam yang lancar tanpa rasa sakit.

#### Hari ke-2:

Pemeriksaan bangsal pagi hari dilakukan oleh dokter residen yang berbeda dan terapis wicara dan bahasa datang untuk memeriksa pasien dan memutuskan bahwa pasien terlalu mengantuk dan bingung untuk meminum cairan dengan aman melalui mulut sehingga infus intravena harus dilanjutkan. Dokter residen memutuskan bahwa rontgen pinggul kanan harus dilakukan tetapi memintanya sebagai pemeriksaan rutin dan oleh karena itu, hal tersebut tidak diprioritaskan. Serah terima kepada dokter residen yang dipanggil malam itu disebutkan bahwa X-Ray belum dilakukan dan perlu ‘dikejar’.

### Hari ke-3:

Seorang dokter residen yang berbeda melakukan putaran bangsal dan mencatat kekhawatiran yang dikemukakan dalam catatan keperawatan tentang memar di sekitar lutut kanan tetapi pasien juga memiliki tekanan darah rendah yang memerlukan pemantauan. Pada pukul 13:15, rontgen masih belum selesai dan dokter residen menelepon bagian radiologi. Pukul 16.00, dokter residen dipanggil oleh radiolog. Intinya untuk melaporkan patah tulang pinggul dan menyarankan rujukan segera ke ahli bedah trauma.

Meskipun pasien ini berhasil dirawat karena patah tulang pinggulnya dan kembali ke rumah, terjatuh yang dialaminya menyebabkan rasa sakit yang tidak perlu, pemulihan yang berlarut-larut, dan menambah kekhawatiran.

### **Pembahasan:**

<b>Hari ke-</b>		<b>Faktor kontribusi</b>	<b>Analisa</b>
Hari ke-1	- Pasien dirawat di UGD dengan kebingungan dan kemungkinan sepsis serta berbagai penyakit penyerta.	Pasien	Kesalahan berbasis aturan
	- Penggunaan protokol yang tidak memadai untuk pasien yang berisiko tinggi jatuh.	Tugas/ teknologi	
	- Tidak ada standar untuk mencatat risiko jatuh.	Organisasi	
	- Keluarga pasien mengungkapkan kekhawatirannya mengenai risiko terjatuh - Serah terima kepada staf di bangsal tidak memadai.	Tim	Lapse
	- Masuk ke ruang rawat inap/ bangsal pada pukul 21:00, lima jam setelah tiba di tempat tidur dengan railbed turun - Penggunaan tindakan perlindungan yang tidak memadai untuk pasien yang berisiko tinggi terjatuh.	Tugas/ teknologi	Kesalahan berbasis aturan
	- Pasien terjatuh tanpa disadari. Pasien terbaring di tempat tidur di ujung bangsal yang sibuk.	Lingkungan	Kesalahan berbasis aturan

Hari ke-		Faktor kontribusi	Analisa
	- Tidak ada tindakan untuk observasi ketat terhadap pasien	Tugas/ teknologi	Kesalahan berbasis pengetahuan
	- Dokter residen menyebutkan X-Ray tetapi tidak memerintahkan untuk dilakukan → kegagalan mendeteksi patah tulang pada pasien.	Individu	
	- Tidak ada dokter senior yang bertugas di bangsal	Tim	
Hari ke-2	- Dokter residen yang berbeda meninjau pasien dan memerintahkan rontgen pinggul. Kegagalan menyampaikan kekhawatiran ke dokter senior, kegagalan mendeteksi patah tulang pada pasien yang kebingungan,	Individu	Kesalahan berbasis pengetahuan
	- Tidak ada tinjauan dokter senior	Tim	
Hari ke-3	- Tim yang berbeda di bangsal, tidak ada tinjauan senior.	Tim	Kesalahan berbasis pengetahuan
	- Pasien memiliki tekanan darah rendah	Pasien	
	- Dokter residen menunda melakukan rontgen pinggul saat merawat tekanan darah pasien → fraktur didiagnosis 2 hari setelah jatuh	Individu	

Jenis faktor	Kontribusi
Pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien berusia lanjut dan kebingungan sehingga komunikasi dan penilaian menjadi lebih menantang (misalnya kesulitan mengomunikasikan nyeri di pinggul setelah terjatuh)</li> <li>- Pasien lanjut usia yang mengalami kebingungan merasa lingkungan asing menyusahkan mereka dan berkontribusi terhadap risiko tersesat dan terjatuh</li> <li>- Penyakit penyerta dan penyakit akut yang diderita pasien (sepsis, gangguan menelan, tekanan darah rendah) menjadi gangguan bagi staf sehingga berkontribusi terhadap keterlambatan diagnosis patah tulang</li> </ul>

Jenis faktor	Kontribusi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga menyampaikan kekhawatirannya mengenai risiko terjatuh namun hal ini tidak ditindaklanjuti.</li> </ul>
Tugas dan teknologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protokol untuk penatalaksanaan pasien yang berisiko jatuh tidak dipatuhi, UGD yang sibuk, dan kurangnya pelatihan yang memadai dalam penggunaan protokol</li> <li>- Pencatatan risiko jatuh dilakukan dengan cara yang berbeda-beda di setiap kondisi klinis. UGD menggunakan sistem komputer dan bangsal menggunakan formulir kertas.</li> </ul>
Individu (staf)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para dokter residen tidak menyadari adanya risiko patah tulang setelah terjatuh pada pasien lanjut usia, kurangnya pengalaman berkontribusi pada keterlambatan dalam memprioritaskan rontgen pinggul</li> </ul>
Tim	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilangnya peluang dalam serah terima pelayanan dalam tim keperawatan dan medis serta tim multidisiplin secara keseluruhan</li> <li>- Dokter residen tidak memberikan serah terima yang memadai mengenai jatuhnya pasien dan pengkajian jatuh kepada anggota tim yang mengambil alih perawatan pasien.</li> <li>- Dokter residen tidak menyampaikan kekhawatirannya kepada anggota senior tim medis</li> <li>- Tidak ada pimpinan medis senior yang bertugas di bangsal untuk mendukung pengambilan keputusan.</li> </ul>
Lingkungan kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bangsal medis yang sibuk</li> <li>- Pasien dengan komplikasi dan lemah yang memerlukan bantuan intensif dalam melakukan aktivitas sehari-hari</li> <li>- Memberikan pengawasan yang memadai bagi pasien yang berisiko jatuh merupakan suatu tantangan ketika berada di bangsal sibuk dan ketika jumlah staf lebih sedikit (misalnya di malam hari)</li> <li>- Pasien berada di ujung bangsal sehingga lebih sulit untuk mengawasinya.</li> </ul>
Organisasi dan manajemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada metode pencatatan yang terstandarisasi untuk penilaian jatuh: catatan elektronik di UGD tetapi catatan kertas di bangsal.</li> </ul>

## **BAB II**

### **IDENTIFIKASI PASIEN**

#### **Tujuan Pembelajaran**

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan cara identifikasi pasien dengan benar
2. Menjelaskan penggunaan gelang identitas dan gelang penanda resiko
3. Mendemonstrasikan cara identifikasi pasien dengan benar

#### **A. Meningkatkan Identifikasi Pasien dengan Benar**

Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat menimbulkan dampak serius terhadap keselamatan pasien. Identifikasi pasien yang benar harus dimulai sejak kontak pertama pasien dengan layanan. Hal tersebut merupakan tanggung jawab semua staf yang terlibat dalam proses penerimaan, klinis dan administratif. Semua pasien harus dapat diidentifikasi setiap saat ketika sedang dilakukan pemeriksaan atau menjalani prosedur/perawatan dalam fasilitas pelayanan kesehatan.

Identifikasi merupakan 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 untuk ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien.

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. Dampak dari kesalahan identifikasi pasien dapat menyebabkan pasien mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan, penyakit fisik atau psikis, cedera serius, mual atau muntah hingga kecacatan fisik permanen (KKPRS, 2015).

Kesalahan mengidentifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Misalnya saat keadaan pasien masih

dibus, mengalami disorientasi atau belum sepenuhnya sadar; adanya kemungkinan pindah tempat tidur, pindah kamar, atau pindah lokasi di dalam rumah sakit; atau apabila pasien memiliki cacat indra atau rentan terhadap situasi berbeda. Adapun tujuan dari identifikasi pasien secara benar, yaitu: 1) mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan tertentu secara tepat. 2) mencocokkan layanan atau perawatan yang akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan pasien (Permenkes, 2017).

Identifikasi pasien dilakukan setidaknya menggunakan minimal 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir/barcode, nomor rekam medis, dan Nomor Induk Kependudukan. Proses identifikasi dilakukan dengan cara mencocokkan 2 (dua) dari 4 (empat) identitas tersebut dengan alat identifikasi pasien. Alat identifikasi pasien dapat berupa Gelang identitas pasien, Foto diri pasien dilengkapi identitas pasien, E-KTP, dan aplikasi atau sistem informasi yang disediakan oleh fasilitas layanan kesehatan. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi.

Pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas pada saat: 1) melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi); 2) melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena atau hemodialisis); 3) sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang, atau sebelum melakukan kateterisasi jantung ataupun tindakan radiologi diagnostik); dan 4) menyajikan makanan pasien (Permenkes, 2017).

Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, seperti pada pasien koma atau pada bayi baru lahir yang tidak segera diberi nama serta identifikasi pasien pada saat terjadi darurat bencana. Penggunaan dua identitas juga digunakan dalam pelabelan. misalnya, sampel darah dan sampel patologi, nampan makanan pasien, label ASI yang disimpan untuk bayi yang dirawat di rumah sakit.

Seluruh staf Rumah Sakit mempunyai tanggungjawab untuk 1) memahami dan menerapkan prosedur identifikasi pasien; 2) memastikan identifikasi pasien yang benar ketika pemberian obat, darah, atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, atau pemberian pengobatan atau tindakan lain; 3) melaporkan kejadian salah identifikasi pasien; termasuk hilangnya gelang pengenalan.

Perawat penanggung jawab pasien bertanggungjawab dalam: 1) memakaikan gelang pengenalan pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang pengenalan; 2) memastikan gelang pengenalan terpasang dengan baik. Jika terdapat

kesalahan data, gelang pengenalan harus diganti, dan bebas coretan. Kepala Ruang mempunyai tanggungjawab untuk 1) memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya; 2) menyelidiki semua insidens salah identifikasi pasien dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya kembali insidens tersebut. Sedangkan Manajer bertanggungjawab memantau dan memastikan panduan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh Kepala Instalasi dan menjaga standarisasi dalam menerapkan panduan identifikasi pasien.

### **1. Prosedur Pemakaian Gelang Pengenal**

- a. 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.
- b. Pakaikan gelang pengenalan di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan manfaat dan bahaya bila pasien menolak, melepas atau menutupi gelang. Pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
- c. Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang pengenalan dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
- d. Gelang pengenalan harus dipasang ulang atau ganti dengan yang baru jika rusak atau tulisan tidak mudah dibaca dan harus selalu menyertai pasien sampai pasien keluar/ pulang dari rumah sakit. Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang pengenalan. Ganti gelang pengenalan jika terdapat kesalahan penulisan data.
- e. Gelang pengenalan pasien sebaiknya mencakup 3 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
  - Nama pasien dengan minimal 2 suku kata. Khusus untuk pasien neonatus menggunakan nama ibu. Misal Bayi Ny. ....
  - Tanggal lahir pasien (tanggal/bulan/tahun)
  - Nomor rekam medis pasien
- f. Detail lainnya adalah warna gelang pengenalan sesuai jenis kelamin pasien. Warna biru untuk laki-laki, warna merah muda untuk pasien perempuan.



**Gambar 2. 1 Gelang Identitas Pasien**

Sumber: [www.primanusamuktiutama.com](http://www.primanusamuktiutama.com)

- g. Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis direkam medis.
- h. Periksa ulang 3 detail data di gelang pengenalan sebelum dipakaikan ke pasien.
- i. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: “Siapa nama Anda?” (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti “Apakah nama anda Ibu Susi?”)
- j. 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.
- k. Pengecekan gelang pengenalan dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
- l. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang pengenalan terpasang dengan baik.
- m. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang pengenalan.
- n. Semua pasien rawat inap menggunakan penanda tambahan sesuai kategori. Pada pasien alergi, menggunakan stiker/kancing penanda berwarna merah bertuliskan “allergy”, pada pasien risiko jatuh yang tinggi menggunakan stiker/kancing penanda berwarna kuning bertuliskan “fall risk”, pasien do not resusitate menggunakan stiker penanda berwarna ungu bertuliskan “DNR”



**Gambar 2. 2 Klip / Kancing Penanda**

Sumber: [www.primanusamuktiutama.com](http://www.primanusamuktiutama.com), [www.bukalapak.com](http://www.bukalapak.com)



**Gambar 2. 3 Gelang Penanda**

Sumber: [www.primanusamuktiutama.com](http://www.primanusamuktiutama.com)

## 2. Jenis gelang identifikasi

Gelang identitas terdiri dari 2 jenis :

- a. Gelang berbahan dasar plastik, dengan kancing sebagai gelang penanda.
- b. Gelang berbahan dasar kertas (barcode) dengan stiker sebagai gelang penanda.

## 3. Identifikasi Pasien Secara Umum

- a. Semua pasien harus diidentifikasi secara tepat sebelum mendapatkan intervensi di rumah sakit misalnya sebelum pemberian obat, prosedur tindakan, pemeriksaan rutin dan peresepan obat.
- b. Pada gelang pasien harus dicantumkan tiga aspek, yaitu:
  - Nama
  - Tanggal lahir pasien
  - Nomor rekam medis pasien

- c. Nama pasien tidak boleh disingkat dan harus sesuai dengan apa yang tertera pada rekam medis pasien.
- d. Gelang pasien tidak boleh dicoret-coret dalam hal ini penulisan yang salah harus diganti dengan gelang pasien yang baru.
- e. Semua pasien rawat inap harus memakai gelang pasien yang sudah sesuai dengan prosedur.
- f. Identifikasi ditulis tangan jika sistem elektronik tidak bisa digunakan dan tetap mencantumkan tiga aspek (Nama, tanggal lahir, nomor RM). Identitas ditulis menggunakan tinta warna hitam dengan background putih.
- g. Pasien harus mendapat penjelasan mengenai maksud dan tujuan identifikasi pasien.
- h. Sebelum gelang pasien di kenakan pada pasien harus dilakukan pengecekan terlebih dahulu.
- i. Ketika menanyakan identitas pasien, pertemuan pertama secara verbal dengan pertanyaan terbuka misalnya, "Siapa namanya?", "Bapak/ibu memiliki riwayat alergi?", pada pertemuan selanjutnya secara visual dengan melihat gelang identitas dan mencocokkan dengan yang tertera di rekam medis.
- j. Jika pasien tidak dapat diajak komunikasi atau dalam kondisi tidak sadarkan diri, maka identifikasi pasien dapat dilakukan dengan menyesuainya dengan kartu identitas yang ada pada atribut yang dikenakan pasien misalnya KTP atau SIM. Jika tidak didapatkan kartu identitas maka dapat ditanyakan kepada orang yang membawa pasien tersebut atau keluarga. Ketentuan point ini harus lebih diperhatikan, sehingga ketika pasien sudah sadar maka ketepatan identifikasi pasien dapat dikonfirmasi kembali kepada pasien sendiri dengan syarat kondisinya layak konfirmasi.
- k. Semua gelang identitas pasien hanya mengenakan satu gelang identitas pada salah satu ekstremitas.
- l. Pasien rujukan dari pelayanan kesehatan lain tetap harus dilakukan identifikasi ulang sesuai prosedur yang telah dijabarkan di atas.
- m. Pemakaian Gelang Identitas:
  - Gelang dipakaikan dominan di pergelangan tangan, sebelumnya harus dijelaskan dahulu.
  - Jika tidak bisa di lengan tangan, maka dapat dipakaikan di ekstremitas bawah.

- Identifikasi pasien menggunakan dokumen foto apabila kondisi pasien: Pasien yang tidak memiliki ekstremitas, Pasien luka bakar luar yang luas, Pasien psikiatri yang tidak memungkinkan untuk dipasang gelang identitas, dan pasien tanpa identitas.
  - Gelang identitas dilepaskan hanya jika administrasi pemulangan pasien telah lengkap. Jika pasien dipindahkan ke unit lain, maka petugas medis yang mengantarkan mengkonfirmasi ulang identitas dan menginformasikannya kepada petugas medis pada unit penerima.
- n. Identifikasi pasien berisiko jika tidak dapat dipasang 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.
  - o. Pastikan identitas pasien: ada dalam setiap lembar dokumen pasien di rekam medic, ada dalam setiap cairan parenteral (obat/ makanan/produk darah) yang diberikan, dan ada dalam botol susu/botol makanan cair/tempat makanan pasien.
  - p. Pasien dengan nama sama yang dirawat dalam satu ruangan harus diberikan stiker “hati-hati pasien dengan nama sama” pada lembar pemeriksaan laboratorium, resep dan cover rekam medis pasien.

#### **4. Prosedur identifikasi pasien dengan alergi**

- a. Pasien harus dipastikan memiliki riwayat alergi atau tidak sebelum pemberian obat
- b. Stiker/kancing identifikasi alergi berwarna merah dikenakan dikenakan pada gelang identitas. Stiker alergi juga ditempelkan pada rekam medis pasien dan dituliskan jenis obat yang menyebabkan alergi.
- c. Satu stiker alergi dapat memuat maksimal tiga identifikasi detail alergi pasien, jika lebih dari tiga alergi dapat ditambahkan stiker identifikasi alergi baru sesuai dengan kelipatan tiga.
- d. Jika ditemukan alergi baru, stiker/kancing identifikasi alergi harus dikenakan.

#### **5. Prosedur identifikasi pasien dengan risiko jatuh**

- a. Pasien dengan risiko jatuh adalah pasien yang termasuk risiko jatuh (tinggi) sesuai dengan hasil pengkajian berdasarkan usia.

- b. Stiker/kancing/gelang identifikasi pasien dengan risiko jatuh berwarna kuning yang dikenakandigelang identitas (stiker/kancing) dan salah satu lengan tangan (gelang untuk pasien risiko jatuh rawat jalan)

#### **6. Prosedur Identifikasi Pasien Pada Pemberian Obat-Obatan**

- a. Perawat harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:
  - Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.
  - Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenalan dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat. Jika terdapat  $\geq 2$  pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.
- b. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pemberian obat dilakukan (Tutiany & Lindawati, 2017).

#### **7. Prosedur Identifikasi Pasien yang Menjalani Tindakan Operasi**

- a. Petugas di kamar operasi harus mengkonfirmasi identitas pasien
- b. Jika diperlukan untuk melepas gelang identifikasi selama dilakukan operasi, tugaskanlah seorang perawat di kamar operasi untuk bertanggungjawab melepas dan memasang kembali gelang identifikasi pasien.
- c. Gelang identifikasi yang dilepas harus ditempatkan di depan rekam medis pasien (Tutiany & Lindawati, 2017).

#### **8. Prosedur Identifikasi Pasien yang akan Dilakukan Pengambilan dan Pemberian Darah (Transfusi Darah)**

- a. Identifikasi, pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan komponen darah (transfusi) merupakan tanggungjawab petugas yang mengambil darah.
- b. 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 kadaluasanya, dan identitas pasien pada gelang pengenalan.
- c. Staf RS harus meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya
- d. Jika staf RS tidak yakin/ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.

## 9. Prosedur Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus

- a. 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.
- b. Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi.
- c. Gunakan gelang pengenalan berwarna merah muda (pink) untuk bayi perempuan dan biru untuk bayi laki-laki.
- d. Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenalan berwarna putih (Tutiany & Lindawati, 2017).

## 10. Prosedur Identifikasi Pasien Koma

- a. Verifikasi identitas untuk pasien koma dengan gelang pengenalan yang memiliki keluarga atau penunggu:
  - Petugas melakukan verifikasi terhadap pasien koma dengan meminta keluarga atau penunggu pasien menyebutkan nama, umur / tanggal lahir.
  - Mencocokkan identitas yang disebutkan keluarga dengan identitas yang tercatat pada gelang pengenalan pasien tersebut serta data yang tercatat dalam berkas RM pasien / lembar permintaan tindakan / label pada botol sampel yang akan diambil.
- b. Verifikasi identitas untuk pasien koma dengan gelang pengenalan yang tidak memiliki keluarga atau penunggu yaitu dengan melakukan verifikasi dengan double check yaitu dua petugas ruangan yang akan melakukan tindakan secara bersama melihat data identitas pasien pada gelang pasien dan mencocokkan dengan data pasien yang tercantum pada berkas RM pasien / lembar permintaan tindakan / label pada botol sampel yang akan diambil.

## 11. Prosedur Identifikasi Pasien yang Meninggal

- a. Pasien yang meninggal di ruang rawat rumah sakit harus dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang pengenalan dan rekam medis (sebagai bagian dari proses verifikasi kematian).
- b. Semua pasien yang telah meninggal harus diberi identifikasi dengan menggunakan 2 gelang pengenalan, satu di pergelangan tangan dan satu lagi di pergelangan kaki.
- c. Satu salinan surat kematian harus ditempelkan di kain kafan. Salinan kedua harus ditempelkan di kantong jenazah (body bag). Salinan ketiga disimpan di rekam medis pasien.

## 12. Prosedur Identifikasi Pasien pada saat Bencana

- a. Perawat memasang gelang, pita triase dan menuliskan pada rekam medis
  - Tn X1 untuk korban pertama, Tn X2 untuk korban kedua dan Tn X3 untuk korban ketiga dan seterusnya untuk pasien laki-laki.
  - Ny X1 untuk korban pertama, Ny X2 untuk korban kedua dan Ny X3 untuk korban ketiga dan seterusnya untuk pasien perempuan.
  - Tanggal lahir dituliskan tanggal masuk rumah sakit.
- b. Perawat memasang gelang triase bencana sesuai kondisi pasien.
- c. Perawat memasang gelang identifikasi pasien sesuai dengan identitas yang sebenarnya jika kondisi bencana teratasi dan ada verifikasi dari pasien dan keluarga.

## 13. Melepas Gelang Identifikasi

- 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 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.

## 14. Pelaporan Insidens/Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien

- a. Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada petugas yang berwenang di ruang rawat/departemen tersebut, kemudian melengkapi laporan insidens.
- b. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:

- Kesalahan penulisan nama di rekam medis
  - Kesalahan informasi / data di gelang pengenalan
  - Misidentifikasi data / pencatatan di rekam medis
  - Misidentifikasi pemeriksaan radiologi (rontgen)
  - Misidentifikasi laporan investigasi
  - Misidentifikasi perjanjian (appointment)
  - Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
  - Salah memberikan obat ke pasien
  - Pasien menjalani prosedur yang salah
  - Salah pelabelan identitas pada sampel darah
- c. Kesalahan juga termasuk insidens yang terjadi akibat adanya misidentifikasi, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya, dan juga insidens yang hampir terjadi dimana misidentifikasi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.
- d. Beberapa penyebab umum terjadinya misidentifikasi adalah:
- Kesalahan pada administrasi / tata usaha : Salah memberikan label, kesalahan mengisi formulir, kesalahan memasukkan nomor / angka pada rekam medis, penulisan alamat yang salah, pencatatan yang tidak benar / tidak lengkap / tidak terbaca
  - Kegagalan verifikasi : tidak adekuatnya / tidak adanya protokol verifikasi, tidak mematuhi protokol verifikasi
  - Kesulitan komunikasi : hambatan akibat penyakit pasien, kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa, kegagalan untuk pembacaan kembali, kurangnya kultur / budaya organisasi
- e. Jika terjadi insidens akibat kesalahan identifikasi pasien, lakukan hal berikut ini:
- Pastikan keamanan dan keselamatan pasien
  - Pastikan bahwa tindakan pencegahan cedera telah dilakukan
- f. Jika suatu prosedur telah dilakukan pada pasien yang salah atau dilakukan ditempat yang salah, para klinisi harus memastikan bahwa langkah-langkah yang penting telah diambil untuk melakukan prosedur yang tepat pada pasien yang tepat.

## B. Keterampilan Melakukan Identifikasi Pasien

Keterampilan identifikasi pasien dan memasang gelang identitas pasien, merupakan prosedur yang sederhana, namun memerlukan ketelitian dan ketepatan dalam tindakan. Oleh karena itu, mahasiswa tetap harus berlatih untuk dapat melakukannya dengan sempurna. Berikut adalah langkah-langkah/Prosedur keterampilan identifikasi pasien:

1. Prosedur memasang gelang identifikasi pasien
2. Prosedur identifikasi pasien yang sudah terpasang gelang identitas
3. Prosedur identifikasi pasien pada pemberian obat
4. Prosedur identifikasi pasien yang menjalani tindakan operasi
5. Prosedur identifikasi pasien saat prosedur pemberian tranfusi darah/produk darah
6. Prosedur identifikasi pada bayi baru lahir atau neonatus
7. Prosedur melepas gelang identifikasi

### 1. Prosedur memasang Gelang Identifikasi Pasien Baru

<b>a. Tahap Prainteraksi</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Persiapan perawat</li><li>2) Persiapan alat : status pasien, alat tulis, gelang identitas pasien</li><li>3) Persiapan Lingkungan</li></ol>
<b>b. Tahap Orientasi</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Beri salam sambil berjabat tangan</li><li>2) Perkenalkan diri perawat</li><li>3) Tanyakan nama pasien</li><li>4) Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li><li>5) Kontrak: waktu dan tempat</li></ol>
<b>c. Tahap Kerja</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Bina hubungan saling percaya</li><li>2) Tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka): nama lengkap pasien, tanggal lahir, alamat.</li><li>3) Kebijakan identifikasi pasien yang digunakan (minimal 2) yang harus dicocokkan dengan rekam medis atau gelang pasien.<ul style="list-style-type: none"><li>- Nama pasien</li><li>- Nomor rekam medis</li><li>- Tanggal dan tahun lahir</li><li>- Barcode</li></ul>Nomor ruangan atau nomor tempat tidur pasien tidak boleh digunakan dalam identifikasi pasien.</li><li>4) Sebelum pemasangan gelang:</li></ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan penjelasan kepada pasien (SOP penggunaan warna gelang).</li> <li>- Edukasi pasien dan keluarga mengenai tujuan penggunaan gelang.</li> <li>- Pastikan identitas yang tertera pada gelang sudah benar.</li> </ul> <p>5) Lakukan pemasangan gelang identitas sesuai jenis kelamin dan gelang/label/klip penanda yang diperlukan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelang pink : perempuan</li> <li>- Gelang biru: laki-laki</li> <li>- Label merah: alergi</li> <li>- Label kuning: risiko jatuh</li> </ul> <p>6) Setelah pemasangan gelang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan manfaat gelang pasien</li> <li>- Jelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas, menutupi gelang, dll.</li> <li>- Minta pasien untuk mengingatkan petugas bila akan melakukan tindakan atau memberi obat memberikan pengobatan tidak menkonfirmasi nama dan mengecek ke gelang pasien.</li> </ul> <p>7) Evaluasi pemahaman pasien/keluarga tentang gelang identitas</p>
<b>d. Tahap Terminasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi respon subjektif dan objektif pasien</li> <li>2) Berikan reinforcement positif</li> <li>3) Tentukan rencana tindak lanjut</li> <li>4) Beri salam terapeutik</li> </ol>
<b>e. Dokumentasi</b>
Catat tindakan yang sudah dilakukan dan hasil/ responnya: pemasangan gelang identitas dan edukasi

## 2. Prosedur identifikasi pasien yang sudah terpasang gelang identitas

<b>a. Tahap Prainteraksi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Persiapan perawat</li> <li>2) Persiapan alat : status pasien, alat tulis, Peralatan untuk tindakan keperawatan (sesuai indikasi tindakan identifikasi pasien)</li> <li>3) Persiapan Lingkungan</li> </ol>
<b>b. Tahap Orientasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Beri salam sambil berjabat tangan</li> <li>2) Perkenalkan diri perawat</li> <li>3) Tanyakan nama pasien</li> <li>4) Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>5) Kontrak: waktu dan tempat</li> </ol>
<b>c. Tahap Kerja</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bina hubungan saling percaya</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka): nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis.</li> <li>3) Untuk pasien yang tidak sadar, dapat bertanya langsung kepada keluarga/ penunggu pasien (nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis).</li> <li>4) 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/ tindakan sesuai rencana. Jika terdapat <math>\geq 2</math> pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.</li> </ol>
<b>d. Tahap Terminasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi respon subjektif dan objektif pasien</li> <li>2) Berikan reinforcement positif</li> <li>3) Tentukan rencana tindak lanjut</li> <li>4) Beri salam terapeutik</li> </ol>
<b>e. Dokumentasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catat tindakan yang sudah dilakukan</li> <li>2) Catat hasil/responnya</li> </ol>

### 3. Prosedur Identifikasi Pasien Pada Pemberian Obat

<b>a. Tahap Prainteraksi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Persiapan perawat</li> <li>2) Persiapan alat : status pasien, alat tulis</li> <li>3) Persiapan Lingkungan</li> <li>4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li> </ol>
<b>b. Tahap Orientasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Beri salam dan perkenalkan diri perawat</li> <li>2) Tanyakan nama pasien</li> <li>3) Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>4) Kontrak: waktu dan tempat</li> </ol>
<b>c. Tahap Kerja</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi gelang pasien, meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.</li> <li>2) Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenalan dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat. Jika terdapat <math>\geq 2</math> pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>3) Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa), verifikasi identitas pasien kepada keluarga /pengantarnya.</li> <li>4) Jelaskan informasi data pasien harus lengkap sebelum pemberian obat dilakukan.</li> <li>5) Jika data yang diperoleh sesuai, lakukan prosedur/berikan obat dengan prinsip benar obat.</li> </ol>
<b>d. Tahap Terminasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi respon subjektif dan objektif pasien</li> <li>2) Berikan reinforcement positif</li> <li>3) Tentukan rencana tindak lanjut</li> <li>4) Beri salam terapeutik</li> </ol>
<b>e. Dokumentasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catat tindakan yang sudah dilakukan</li> <li>2) Catat hasil/ responnya</li> </ol>

#### 4. Prosedur Identifikasi Pasien yang Menjalani Tindakan Operasi

<b>a. Tahap Prainteraksi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Persiapan perawat</li> <li>2) Persiapan alat : status pasien, alat tulis</li> <li>3) Persiapan Lingkungan</li> </ol>
<b>b. Tahap Orientasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Beri salam</li> <li>2) Perkenalkan diri perawat</li> <li>3) Tanyakan nama pasien</li> <li>4) Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>5) Kontrak: waktu dan tempat</li> </ol>
<b>c. Tahap Kerja</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Petugas dikamar operasi mengidentifikasi pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dengan meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya</li> <li>2) Jika pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa, mencocokkan dengan rekam medis dan gelang identifikasi.</li> <li>3) Petugas memastikan identitas pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dengan rekam medis dan gelang identifikasi</li> <li>4) Jika diperlukan melepas gelang pengenalan selama dilakukan operasi, maka petugas yang bertanggung jawab melepas harus memasang kembali gelang pengenalan pasien.</li> <li>5) Gelang pengenalan yang dilepas harus ditempelkan didepan rekam medis pasien.</li> </ol>

<b>d. Tahap Terminasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi respon subjektif dan objektif pasien</li> <li>2) Berikan reinforcement positif</li> <li>3) Tentukan rencana tindak lanjut</li> <li>4) Beri salam terapeutik</li> </ol>
<b>e. Dokumentasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catat tindakan yang sudah dilakukan</li> <li>2) Catat hasil/ responnya</li> </ol>

**5. Prosedur Identifikasi Pasien saat prosedur pemberian tranfusi darah/produk darah**

<b>a. Tahap Prainteraksi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Persiapan perawat</li> <li>2) Persiapan alat: status pasien, alat tulis; Peralatan untuk tindakan tranfusi</li> <li>3) Persiapan Lingkungan</li> </ol>
<b>b. Tahap Orientasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Beri salam dan perkenalkan diri perawat</li> <li>2) Tanyakan nama pasien</li> <li>3) Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>4) Kontrak: waktu dan tempat</li> </ol>
<b>c. Tahap Kerja</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 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 kadaluasanya, dan identitas pasien pada gelang pengenalan.</li> <li>2) Identifikasi pasien. minta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika staf RS tidak yakin/ ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar .</li> </ul> </li> <li>3) Lakukan prosedur tindakan tranfusi darah</li> <li>4) Observasi dan Pastikan ketepatan tetesan dan kelancaran aliran darah</li> <li>5) Observasi reaksi dan tanda-tanda komplikasi tranfusi</li> </ol>
<b>d. Tahap Terminasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi respon subjektif dan objektif pasien</li> <li>2) Berikan reinforcement positif</li> <li>3) Tentukan rencana tindak lanjut</li> <li>4) Beri salam terapeutik</li> </ol>
<b>e. Dokumentasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catat tindakan yang sudah dilakukan. Catat hasil/ responnya</li> </ol>

## 6. Prosedur Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus

<b>a. Tahap Prainteraksi</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Persiapan perawat</li><li>2) Persiapan alat : status pasien, alat tulis, Gelang identitas(warna merah muda/ biru muda)</li><li>3) Persiapan Lingkungan</li></ol>
<b>b. Tahap Orientasi</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Beri salam sambil berjabat tangan dengan orang tua bayi</li><li>2) Perkenalkan diri perawat</li><li>3) Tanyakan nama pasien</li><li>4) Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li><li>5) Kontrak: waktu dan tempat</li></ol>
<b>c. Tahap Kerja</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Bina hubungan saling percaya</li><li>2) Pasang gelas identitas bayi<ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li><li>- Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi.</li></ul></li><li>3) Gunakan gelang pengenalan berwarna merah muda (pink) untuk bayi perempuan dan biru untuk bayi laki-laki.<ul style="list-style-type: none"><li>- Pada kondisi dimana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenalan berwarna putih.</li></ul></li><li>4) Jelaskan kepada ibu dan keluarga, tentang bahaya bila pasien menolak, melepas, menutup gelang dengan tape perban, dll.</li><li>5) Evaluasi pengetahuan ibu/keluarga tentang pentingnya gelang identitas pasien</li></ol>
<b>d. Tahap Terminasi</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Evaluasi respon subjektif dan objektif pasien</li><li>2) Berikan reinforcement positif</li><li>3) Tentukan rencana tindak lanjut</li><li>4) Beri salam terapeutik</li></ol>
<b>e. Dokumentasi</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Catat tindakan yang sudah dilakukan</li><li>2) Catat hasil/ responnya</li></ol>

## 7. Prosedur Melepas Gelang Identifikasi

<b>a. Tahap Prainteraksi</b>
------------------------------

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Persiapan perawat</li> <li>2) Persiapan alat : status pasien, alat tulis, gunting, tempat sampah potongan gelang.</li> <li>3) Persiapan Lingkungan</li> </ol>
<b>b. Tahap Orientasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Beri salam sambil berjabat tangan</li> <li>2) Perkenalkan diri perawat</li> <li>3) Tanyakan nama pasien</li> <li>4) Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>5) Kontrak: waktu dan tempat</li> </ol>
<b>c. Tahap Kerja</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Petugas yang melepaskan gelang identifikasi adalah perawat dimana pasien tersebut dirawat.</li> <li>2) Perawat memastikan identitas pasien pada gelang identitas dengan berkas rekam medik.</li> <li>3) Perawat menjelaskan maksud dan tujuan pelepasan gelang identifikasi kepada pasien</li> <li>4) Perawat melepaskan gelang identifikasi pasien dan potong gelang tersebut kecil-kecil dengan menggunakan gunting.</li> <li>5) Potongan gelang ditempatkan di bengkok (wadah) kemudian di buang di tempat sampah yang telah disediakan.</li> </ol>
<b>d. Tahap Terminasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi respon subjektif dan objektif pasien</li> <li>2) Berikan reinforcement positif</li> <li>3) Tentukan rencana tindak lanjut</li> <li>4) Beri salam terapeutik</li> </ol>
<b>e. Dokumentasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catat tindakan yang sudah dilakukan</li> <li>2) Catat hasil/ responnya</li> </ol>

### C. Rangkuman

Kesalahan mengidentifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Misalnya saat keadaan pasien masih dibius, mengalami disorientasi atau belum sepenuhnya sadar; adanya kemungkinan pindah tempat tidur, pindah kamar, atau pindah lokasi di dalam rumah sakit; atau apabila pasien memiliki cacat indra atau rentan terhadap situasi berbeda. Adapun tujuan dari identifikasi pasien secara benar, yaitu: 1) mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan tertentu secara tepat. 2) mencocokkan layanan atau perawatan yang

akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan pasien (Permenkes, 2017).

Identifikasi pasien dilakukan setidaknya menggunakan minimal 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir/barcode, nomor rekam medis, dan Nomor Induk Kependudukan. Proses identifikasi dilakukan dengan cara mencocokkan 2 (dua) dari 4 (empat) identitas tersebut dengan alat identifikasi pasien. Alat identifikasi pasien dapat berupa Gelang identitas pasien, Foto diri pasien dilengkapi identitas pasien, E-KTP, dan aplikasi atau sistem informasi yang disediakan oleh fasilitas layanan kesehatan. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi.

Pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas pada saat: 1) melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi); 2) melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena atau hemodialisis); 3) sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang, atau sebelum melakukan kateterisasi jantung ataupun tindakan radiologi diagnostik); dan 4) menyajikan makanan pasien (Permenkes, 2017).

#### **D. Asesmen Pembelajaran**

Setelah mempelajari teori SKP 1 Identifikasi pasien dengan benar, diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan identifikasi pasien dengan benar. Untuk mengetahui pencapaian tujuan tersebut, kerjakanlah latihan berikut!

1. Mengapa perawat harus mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan asuhan keperawatan?
2. Kapan perawat harus melakukan identifikasi pasien?
3. Apakah yang dilakukan perawat pada waktu mengidentifikasi pasien dengan benar?
4. Apa yang harus dilakukan jika terjadi misidentifikasi pada pasien?
5. Seorang laki-laki umur 55 tahun masuk IGD dengan keluhan sesak napas. Hasil pemeriksaan pasien harus rawat inap. Sebelum dipindah ke ruang rawat inap pasien diberikan gelang identitas. Apakah warna gelang yang tepat untuk pasien?
6. Seorang perawat akan memberikan obat antipiretik kepada pasien. Apakah yang harus dilakukan oleh perawat sebelum melakukan tindakan memberikan obat?

7. Seorang perawat di ruang rawat inap bedah melakukan asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan fraktur femur. Setiap akan melakukan tindakan keperawatan perawat tersebut selalu menanyakan ulang nama dan meminta pasien menunjukkan gelang warna biru yang dipakainya. Tindakan yang dilakukan perawat tersebut merupakan sebuah upaya dalam
  - A. Menjalankan tugas profesi
  - B. Mencegah terjadinya cedera pada pasien
  - C. Menjalankan advice dokter
  - D. Mencegah terjadinya complain
  - E. Menjalankan tugas dengan empati
  
8. Seorang perawat melakukan skin test pada pasien perempuan usia 24 tahun untuk mengetahui reaksi sensitifitas terhadap ceftriaxone. Setelah 10 menit hasil evaluasi perawat, terdapat tanda kemerahan di area injeksi. Apakah manajemen keselamatan pasien yang dapat dilakukan perawat ?
  - A. Memasang gelang / klip warna merah
  - B. Memberikan ceftriaxone dengan dosis kecil
  - C. Memasang gelang berwarna kuning pada lengan pasien
  - D. Mengganti obat ceftriaxone dengan obat yang lebih kecil dosisnya
  - E. Menerapkan prinsip aseptik untuk injeksi ceftriaxone
  
9. Seorang pasien perempuan usia 26 tahun dirawat dengan cedera kepala. Saat dikaji diperoleh data kesadaran pasien menurun. Bagaimanakah cara perawat mengidentifikasi pasien agar terhindar dari jatuh?
  - A. Memasang klip kuning pada gelang biru
  - B. Memasang klip merah pada gelang biru
  - C. Memasang klip kuning pada gelang pink
  - D. Memasang klip merah pada gelang pink
  - E. Memasang klip ungu pada gelang pink
  
10. Manakah dari tindakan berikut yang tepat dilakukan 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 diidentifikasi setelah pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
- D. Pasien dengan risiko jatuh diidentifikasi dengan memasang gelang warna merah.
- E. Pasien diidentifikasi menggunakan tanda pengenal, seperti KTP atau SIM.

## BAB III

### KOMUNIKASI EFEKTIF

#### Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep komunikasi
2. Menjelaskan komunikasi efektif antar tenaga kesehatan
3. Mendemonstrasikan teknik komunikasi dengan SBAR
4. Mendemonstrasikan teknik komunikasi dengan TBAK

#### A. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi efektif dalam standar keselamatan pasien berfokus pada komunikasi lisan dan/atau telepon di antara para profesional pemberi asuhan (PPA), proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostic termasuk *point of-care testing* (POCT) dan proses komunikasi saat serah terima (*hand over*). Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh resipien/penerima pesan akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis dan elektronik.

Komunikasi yang paling banyak memiliki potensi terjadinya kesalahan adalah pemberian instruksi secara lisan atau melalui telpon, pelaporan hasil kritis dan saat serah terima. Latar belakang suara, gangguan, nama obat yang mirip dan istilah yang tidak umum sering kali menjadi masalah. Metode, formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap.

1. Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telpon adalah: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (*writedown, read back, confirmation*) kepada pemberi instruksi misalnya kepada DPJP. Konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telpon untuk menanyakan apakah “yang dibacakan” sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan. Sedangkan metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan metode misalnya *Situation -background - assessment - recommendation* (SBAR).
2. Metode komunikasi saat melaporkan nilai kritis pemeriksaan diagnostik melalui telpon juga dapat dengan: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (*writedown, read back*). Hasil kritis didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa

atau mencegah kejadian yang tidak diinginkan. Hasil kritis dapat dijumpai pada pemeriksaan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Rumah sakit menentukan mekanisme pelaporan hasil kritis di rawat jalan dan rawat inap. Pemeriksaan diagnostik mencakup semua pemeriksaan seperti laboratorium, pencitraan/radiologi, diagnostik jantung juga pada hasil pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (POCT). Pada pasien rawat inap pelaporan hasil kritis dapat dilaporkan melalui perawat yang akan meneruskan laporan kepada DPJP yang meminta pemeriksaan. Rentang waktu pelaporan hasil kritis ditentukan kurang dari 30 menit sejak hasil di verifikasi oleh PPA yang berwenang di unit pemeriksaan penunjang diagnostik.

3. Metode komunikasi saat serah terima distandardisasi pada jenis serah terima yang sama misalnya serah terima antar ruangan di rawat inap. Untuk jenis serah terima yang berbeda maka dapat menggunakan metode, formulir dan alat yang berbeda. Misalnya serah terima dari IGD ke ruang rawat inap dapat berbeda dengan serah terima dari kamar operasi ke unit intensif.

Jenis serah terima (*handover*) di dalam rumah sakit dapat mencakup:

1. antara PPA (misalnya, antar dokter, dari dokter ke perawat, antar perawat, dan seterusnya);
2. antara unit perawatan yang berbeda di dalam rumah sakit (misalnya saat pasien dipindahkan dari ruang perawatan intensif ke ruang perawatan atau dari instalasi gawat darurat ke ruang operasi); dan
3. dari ruang perawatan pasien ke unit layanan diagnostik seperti radiologi atau fisioterapi. Formulir serah terima antara PPA, tidak perlu dimasukkan ke dalam rekam medis. Namun demikian, rumah sakit harus memastikan bahwa proses serah terima telah dilakukan. misalnya PPA mencatat serah terima telah dilakukan dan kepada siapa tanggung jawab pelayanan diserahkan, kemudian dapat dibubuhkan tanda tangan, tanggal dan waktu pencatatan).

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. Untuk mendapatkan komunikasi efektif, dilakukan prinsip komunikasi sebagai berikut:

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 penerima pesan
5. Penerima pesan megklarifikasi ulang bila ada perbedaan pesan dengan hasil verifikasi.

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

### **Komunikasi S B A R**

Komunikasi S B A R dilakukan pada saat:

1. Serah terima Pasien (antar shift keperawatan, perpindahan pasien antar unit kerja)
2. Petugas melaporkan kondisi pasien kepada Dokter penanggung jawab Pasien (DPJP). Hal yang dilaporkan antara lain:
  - 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 meliputi:

#### 1. **S (*Situation*)**

Melaporkan situasi pasien, meliputi: nama pasien, umur, lokasi, masalah yang ingin disampaikan, tanda-tanda vital pasien, kekhawatiran petugas terhadap kondisi pasien.

#### 2. **B (*Background*)**

Menyampaikan latar belakang atau masalah pasien sebelumnya.

- Keluhan utama, intervensi yang telah dilakukan, respon pasien.
- Diagnosa keperawatan, riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat infasif dan obat atau infuse.
- Berilah informasi riwayat medis pasien, atau informasi yang berkaitan dengan permasalahan yang ditemukan. untuk pasien perlu dijelaskan riwayat medisnya, perlu dijelaskan atau digaris bawahi riwayat medis yang bermakna. Bila permasalahan di bidang lain misalnya sampel darah atau permasalahan obat maka poin penting dari permasalahan tersebut ditonjolkan.

### 3. **A (Assessment)**

Menyampaikan penilaian terhadap kondisi pasien dengan menyampaikan masalah saat ini. Hasil Pengkajian kondisi pasien terkini (*Assesment*):

- Sebutkan tanda vital, pain score, GCS, status restrain, Risiko jatuh, Status nutrisi, eliminasi hal yang kritis dan lain lain.
- Hasil pemeriksaan penunjang yang abnormal
- Informasi lain yang mendukung
- 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.

### 4. **R (Recommendation)**

Menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan.

- Usulan pemeriksaan atau tindakan atas kondisi pasien saat ini.
- Tindakan apa yang direkomendasikan untuk memperbaiki masalah
- Apa yang dibutuhkan untuk memperbaiki kondisi pasien
- 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.

### **Contoh laporan**

Seorang Perawat dinas sore, melaporkan kondisi pasien kepada dokter. Pasien: Seorang laki-laki bernama Tn. Alvaro tanggal lahir 21 April 1980. Saat ini dirawat di kamar 503. Hasil pengkajian pasien mengalami gangguan pernapasan, Respiratory Rate 30 kali/menit, Tekanan Darah 130/90 mmHg, Nadi 110 kali/menit, suhu 37,2°C SpO<sub>2</sub> turun dalam 2 menit dari 95% menjadi 85%. Pasien masuk rumah sakit 2 hari yang lalu dengan riwayat Pneumothorax. Pasien menggunakan non rebreathing mask. Hasil auskultasi: suara pernafasan menurun disebelah kanan, Tracheal shift, distress pernafasan, pasien saat ini diposisikan tidur semi fowler. Perawat menilai bahwa Pasien tampaknya tidak stabil dan cenderung memburuk, mengalami gangguan pertukaran gas/gagal nafas. Perawat meminta dokter untuk

segera datang, dan menanyakan apakah diperlukan pindah rawat ke ruang intensif dan tindakan intubasi.

#### Petunjuk Jawaban:

Struktur Komunikasi SBAR pada kasus Tn. Alvaro, adalah sebagai berikut:

- **Situasi:** Tn Alvaro, Tanggal lahir 21 April 1980, rawat di kamar 503, mengalami gangguan pernafasan, Respiratory Rate 30 kali/menit, Tekanan Darah 130/90 mmHg, Nadi 110 kali/menit, suhu 37,2°C.
- **Background:** Pasien masuk rumah sakit 2 hari yang lalu dengan riwayat Pneumothorax, pasien menggunakan non rebreathing mask, 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. SpO<sub>2</sub> turun dalam 2 menit dari 95% menjadi 85%.
- **Recommendation:** Mohon segera datang, apakah diperlukan pindah rawat ke ruang intensif dan tindakan intubasi.

#### **Komunikasi TBAK**

Komunikasi TBAK dilakukan, pada saat:

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

Prosedur komunikasi TBAK dilakukan sebagai berikut:

1. 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
2. Penerima pesan Membacakan kembali instruksi lengkap tersebut kepada pemberi pesan
3. Pemberi pesan mengkonfirmasi isi pesan dengan jawaban “Ya benar”
4. 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

## **B. Keterampilan Melakukan Komunikasi yang 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: a. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. b. Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut d. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

Praktik SKP 2: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

- Prosedur komunikasi SBAR
- Prosedur komunikasi TBAK
- Prosedur melaporkan kondisi pasien pada dokter
- Prosedur melaporkan kondisi pasien saat handover perawat
- Prosedur menerima instruksi per telepon/ lisan/ hasil pemeriksaan kritis

### **1. Prosedur komunikasi SBAR**

- a. Laporkan situasi pasien (Situation), meliputi:
  - Nama pasien, umur, lokasi tempat pasien di rawat
  - Masalah yang ingin disampaikan
  - Tanda-tanda vital
  - Kekhawatiran petugas terhadap kondisi pasien saat itu
- b. Sampaikan latar belakang (Background) pasien, antara lain masalah pasien sebelumnya.
- c. Sampaikan penilaian (Assesment) terhadap kondisi pasien dengan menyampaikan:
  - Masalah saat ini
  - Hasil penunjang yang sudah dilakukan
- d. Sampaikan rekomendasi (Rekomendation)
  - Apakah ada saran dari dokter...?
  - Apakah diperlukan pemeriksaan tambahan...?
- e. Terapkan teknik TBAK apabila DPJP menyampaikan instruksi verbal.

## 2. Prosedur komunikasi TBAK

- a. T = Tuliskan pesan yang disampaikan oleh DPJP (pemberi pesan) pada lembar jawaban konsultasi bila menerima jawaban konsul atau pada lembar catatan terintegrasi bila melaporkan kondisi pasien.
- b. B = bacakan kembali (Read Back) pesan yang sudah ditulis, kepada DPJP (pemberi pesan). Selesai membacakan pesan, penerima pesan mengingatkan kembali DPJP (pemberi pesan) untuk melakukan konfirmasi.
- c. K = Konfirmasi instruksi atau hasil kritis yang disebutkan oleh pemberi pesan dengan jawaban “Ya benar, bila sesuai dengan instruksi/pesan yang diberikan sebelumnya.
- d. Konfirmasi dilakukan dalam waktu 1x24 jam dengan cara DPJP menuliskan nama, paraf/tanda tangan tanggal dan jam kehadiran di kolom stempel/konfirmasi read back pemberi pesan di formulir catatan perkembangan terintegrasi.

## 3. Prosedur Melaporkan Kondisi Pasien pada Dokter

- a. Sebelum menelpon dokter jaga atau dokter penanggung jawab pasien, perawat telah melakukan pemeriksaan fisik, anamnesa (pengkajian), dan membaca rekam medis pasien.
- b. Perawat menulis hal-hal yang akan dilaporkan di formulir lembar komunikasi SBAR untuk pertama kali melaporkan pasien, selanjutnya bila akan menelepon dokter kembali, perawat menuliskan di lembar instruksi dokter/catatan terintegrasi.
- c. Perawat membaca status dan data pasien yang akan dilaporkan untuk memastikan bahwa data sudah benar.
- d. Perawat menyiapkan Rekam Medis pasien dan pada lembar CPPT diberikan stempel SBAR yang telah diisi lengkap dengan data-data yang akan dilaporkan.
- e. Sebelum melaporkan, perawat menyampaikan salam singkat, seperti: “selamat pagi/ siang/ sore/ malam dokter?”
- f. Laporkan kondisi pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi **SBAR**
- g. Perawat **mencatat (writing down)** semua rekomendasi/ instruksi dari dokter dalam kolom lembar komunikasi SBAR yang tersedia/ lembar instruksi dokter/catatan terintegrasi dalam rekam medik pasien:
  - Tanggal dan jam pesan diterima
  - Dosis obat yang akan diberikan dan waktu pemberian harus spesifik untuk menghindari salah penafsiran/ hasil test kritis yang dilaporkan.

- h. Perawat memastikan bahwa rekomendasi yang diberikan telah sesuai dengan cara mengulang dan membacakan kembali (*repeat back* dan *read back*) ke pengirim pesan (dokter) untuk **konfirmasi** kebenaran pesan yang telah dituliskan dan hal-hal yang telah diinstruksikan oleh dokter. Hal ini dibuktikan dengan menulis pada lembar komunikasi SBAR untuk komunikasi per telepon yang pertama kali dan dengan memberikan cap/stempel “read back (+)” berwarna merah pada catatan perkembangan terintegrasi untuk komunikasi per telepon selanjutnya.
- i. Dokumentasikan secara lengkap instruksi dokter dalam formulir lembar komunikasi SBAR/Lembar instruksi dokter/catatan terintegrasi dan berikan paraf serta nama jelas perawat yang melapor, dan nama dokter yang memberikan pesan/instruksi.
- j. Dokter yang menerima laporan harus melihat dan memberikan paraf, nama jelas, tanggal dan jam verifikasi pada kolom yang tersedia di lembar komunikasi SBAR/lembar instruksi dokter/catatan terintegrasi pada saat:
  - Untuk dokter jaga: pada saat pergantian shift atau selambat-lambatnya dlm waktu 1 x 24 jam.
  - Untuk dokter DPJP: pada saat visite pertama kali atau selambat-lambatnya dalam waktu 1 x 24 jam
- k. Apabila dokter DPJP (yang menerima laporan) berhalangan (cuti, sakit) maka yang melakukan verifikasi menandatangani catatan pesan yang ditulis - penerima pesan adalah dokter pengganti yang ditunjuk oleh dokter DPJP tersebut dalam waktu 1 x 24 jam.

#### 4. Prosedur Melaporkan Kondisi Pasien saat Handover Perawat

- a. Perawat yang akan menyerahkan tugas kepada tim kerja yang lain menyiapkan seluruh RM pasien, hasil pemeriksaan penunjang dan dokumen lain yang diperlukan.
- b. Kaji kelengkapan data pasien yang akan dilaporkan.
- c. Laporkan kondisi pasien:  
Situation (kondisi terkini yang terjadi pada pasien):
  - Perawat menyebutkan nama dan umur pasien
  - Perawat menyebutkan tanggal pasien masuk ruangan dan hari perawatannya
  - Perawat menyebutkan nama dokter yang menangani pasien
  - Perawat menyebutkan diagnose medis pasien/penyakit yang dialami pasien
  - Perawat menyebutkan masalah keperawatan pasien yang sudah dan belum teratasi

Background (Info penting berhubungan dengan kondisi pasien terkini)

- Perawat menjelaskan intervensi/tindakan dari setiap masalah keperawatan pasien
- Perawat menyebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan
- Perawat menyebutkan pemasangan alat invasif (infus, dan alat bantu lain seperti kateter dll), serta pemberian obat dan cairan infus
- Perawat menjelaskan dan mengidentifikasi pengetahuan pasien terhadap diagnose medis/ penyakit yang dialami pasien

Assessment (hasil pengkajian dari kondisi pasien terkini):

- Perawat menjelaskan hasil pengkajian pasien terkini
- Perawat menjelaskan kondisi klinik lain yang mendukung, seperti hasil Lab, Rontgen

Recommendation/Rekomendasi:

- Perawat menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan
- d. Berikan kesempatan perawat yang menerima laporan untuk bertanya dan konfirmasi.
- e. Setelah semua pasien dilaporkan kondisinya, tutup kegiatan handover dan dilanjutkan dengan bedside handover.

## 5. Prosedur menerima instruksi per telepon/ lisan/ hasil pemeriksaan kritis

Komunikasi dengan pendekatan TBAK (Tulis-baca-konfirmasi) dilakukan saat perawat menerima instruksi verbal per telepon/ lisan dari Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) dan saat menerima laporan hasil critical test/ pemeriksaan cito (hasil pemeriksaan diagnostik/ penunjang yang memerlukan penanganan segera).

Prosedur Menerima Instruksi Per telepon/Lisan/Hasil Pemeriksaan Kritis:

- 1) Siapkan rekam medis pasien (catatan perkembangan / catatan terintegrasi), alat tulis.
- 2) Persiapan lingkungan yang tidak mengganggu konsentrasi, pendengaran, dan penglihatan.
- 3) Tanyakan nama dan jabatan yang menelepon/memberikan instruksi
- 4) **TULIS:** Penerima pesan menuliskan pesan lengkap yang disampaikan pengirim di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), meliputi:
  - a. Tanggal dan jam pesan diterima
  - b. Nama lengkap pasien, tanggal lahir, diagnosa
  - c. Gunakan simbol/singkatan sesuai standar
  - d. Dosis/nilai harus spesifik untuk menghindari salah penafsiran

- e. Nama petugas pelapor/memberi pesan
  - f. Nama dan ttd petugas penerima pesan
  - g. Bila pesan melalui telepon, pengirim pesan/dokter menandatangani pada saat visit hari berikutnya
- 5) **BACA:** Penerima pesan membacakan kembali instruksi/isi pesan lengkap tersebut kepada pemberi pesan.
  - 6) **KONFIRMASI:**
    - a. Penerima pesan mengkonfirmasi apakah yang dibacakan sudah benar?
    - b. Pemberi pesan mengkonfirmasi isi pesan dengan jawaban “Ya benar”
  - 7) Penerima pesan menanyakan/mengingatnkan kepada pemberi pesan untuk menandatangani pesan yang ditulis.
  - 8) 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.

### C. Rangkuman

Komunikasi yang paling banyak memiliki potensi terjadinya kesalahan adalah pemberian instruksi secara lisan atau melalui telpon, pelaporan hasil kritis dan saat serah terima. Latar belakang suara, gangguan, nama obat yang mirip dan istilah yang tidak umum sering kali menjadi masalah. Metode, formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap.

Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telpon adalah: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (*writedown, read back, confirmation*) (TBAK = TULIS-BACA-KONFIRMASI) kepada pemberi instruksi misalnya kepada DPJP. Konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telpon untuk menanyakan apakah “yang dibacakan” sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan. Sedangkan metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan metode misalnya *Situation -background - assessment - recommendation* (SBAR).

Isi laporan SBAR meliputi **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.

#### **D. Asesmen Pembelajaran**

1. Apa bedanya komunikasi SBAR dengan TBAK?
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. 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
4. 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

## BAB IV

### KEAMANAN OBAT YANG HARUS DIWASPADAI

#### Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan kelompok obat yang harus diwaspadai
2. Menjelaskan tentang penyimpanan obat yang harus diwaspadai
3. Menjelaskan dan mendemonstrasikan tentang double check

#### A. Meningkatkan Keamanan Obat yang Harus Diwaspadai

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan dengan tidak tepat. 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.

Obat high alert mencakup:

1. Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (*error*) dalam penggunaannya (contoh: insulin, heparin atau sitostatika).
2. Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike*/LASA)
3. Elektrolit konsentrat contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%.

Obat dengan nama dan rupa yang mirip (*look-alike/ sound-alike*, LASA) adalah obat yang memiliki tampilan dan nama yang serupa dengan obat lain, baik saat ditulis maupun diucapkan secara lisan. Obat dengan kemasan serupa (*look-alike packaging*) adalah obat dengan wadah atau kemasan yang mirip dengan obat lainnya. Obat-obatan yang berisiko terjadinya kesalahan terkait LASA, atau obat dengan kemasan produk yang serupa, dapat menyebabkan terjadinya kesalahan pengobatan yang berpotensi cedera. Terdapat banyak nama obat yang terdengar serupa dengan nama obat lainnya, sebagai contoh, dopamin dan dobutamin.

**Tabel 4. 1 Contoh Kelompok Obat yang Memiliki Rupa Mirip (*look-alike*).**

LOOK-ALIKE/ RUPA OBAT MIRIP	
Candesartan 8 mg tablet	Candesartan 16 mg tablet
Captopril 12,5 mg tablet	Captopril 25 mg tablet
Cefotaxime 1 g injeksi	Ceftriaxone 1 g injeksi
Cendo Xitrol minidose	Cendo Polydex minidose
Cendo Catarlent 5 mL	Cendo lyteers 15 mL
Cendo Floxa MD	Cendo LFX MD
Clozapin 25	Clozapin 100
Dulcolac supp 5	Dulcolac supp 10
Euthyrox 50	Euthyrox 100
Flamicort 10	Flamicort 40
Meloksikam 7,5 mg tablet	Meloksikam 15 mg tablet
Meropenem 0,5g	Meropenem 1g
Phytomenadion 2 mg/ml	Phytomenadion 10 mg/ml
Seretide 100	Seretide 250
Seretide 250	Seretide 500
Seretide 500	Seretide 100
Spironolakton 25 mg tablet	Spironolakton 100 mg tablet
Stelosi	Cepezet
Tanapres 5 mg tablet	Tanapres 10 mg tablet

**Tabel 4. 2 Contoh Kelompok Obat Yang Memiliki Nama Mirip (*Sound-Alike*)**

SOUND-ALIKE/ UCAPAN OBAT MIRIP	
AlloPURINOL	HaloPERIDOL
Allopurinol 100	Allopurinol 300
AmiTRIPTILIN	AmiNOPHILIN
Asam MEFENAmat	Asam TRANEKSAmat
AlpraZOLAM	LoraZEPAM
Propranolol	BisoPROLOL
AZITROmycin	ERITROmycin
CefEPIM	CefTAZIDIM
CefoTAXIME	cefoPERAZON
EFEDrin	EFINefrin
DoPAMIN	DobuTAMIN
TRIOfusin	TUTOfusion
PheniTOYN	VenTOLIN
FlamiCORT inj	PulmiCORT resp
AMINOFUSIN HEPAR	AMINOFUSIN L 600
RecolfAR	LevopAR
Amoxicillin	Ampicilin
Acarbose 50	Acarbose 100
Amlodipin 5	Amlodipin 10
Bisoprolol 2,5	Bisoprolol 5
Candesartan 8	Candesartan 16
Captopril 12,5	Captopril 25

Contoh Kelompok obat *Look Alike Sound Alike* (LASA)

- hidraALAzine - hidrOXYzine
- ceREBYx - ceLEBRex
- vinBLASTine - vinCRIStine
- chlorpropAMIDE - chlorproMAZINE
- glipiZide – glyBURIde
- DAUNOrubicine – dOXOrubicine



Gambar 4. 1 Contoh Obat LASA/NORUM

Sumber: [www.pharmacypracticenews.com](http://www.pharmacypracticenews.com); <http://a.abcnews.com>;  
[www.belajarfarmasi.my.id](http://www.belajarfarmasi.my.id)

Hal lain yang sering dimasukkan dalam isu keamanan obat adalah kesalahan dalam pemberian elektrolit konsentrat yang tidak disengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 1 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 dapat terjadi apabila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila 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 menerapkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk penyimpanan elektrolit konsentrat di unit farmasi di rumah sakit.

Berdasarkan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien maka unit yang dinilai membutuhkan penempatan elektrolit konsentrasi tinggi di unit pelayanan hanya berada di Intensive care unit (ICU), Instalasi gawat darurat (IGD), dan Kamar operasi. Elektrolit konsentrat tidak boleh berada di ruang perawatan, kecuali di ruang ICU, IGD, OK 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*).

Contoh kelompok obat elektrolit konsentrasi tinggi

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



**Gambar 4. 2 Obat Elektrolit Konsentrasi Tinggi**

Sumber: <https://www.perawatbaik.com>

Rumah sakit harus menetapkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko dan cedera akibat kesalahan penggunaan obat high alert, antara lain: penataan penyimpanan, pelabelan yang jelas, penerapan double checking, pembatasan akses, penerapan panduan penggunaan obat high alert. Rumah sakit perlu membuat daftar obat-obatan berisiko tinggi berdasarkan pola penggunaan obat-obatan yang berisiko dari data internalnya sendiri tentang laporan insiden keselamatan pasien. Daftar ini sebaiknya diperbarui setiap tahun.

Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar Instalasi Farmasi diperbolehkan hanya dalam situasi klinis yang berisiko dan harus memenuhi persyaratan yaitu staf yang dapat mengakes dan memberikan elektrolit konsentrat adalah staf yang kompeten dan terlatih, disimpan terpisah dari obat lain, diberikan pelabelan secara jelas, lengkap dengan peringatan kewaspadaan.

### **Cara penyimpanan obat yang harus diwaspadai**

#### **1. 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”

#### **2. Penyimpanan Elektrolit Konsentrasi Tinggi**

- a. Apoteker / Asisten apoteker (logistik farmasi / pelayanan farmasi) yang menerima obat segera memisahkan obat yang termasuk kelompok obat yang “High Alert” sesuai Daftar Obat High alert.
  - b. Tempelkan stiker merah bertuliskan “High Alert” pada setiap kemasan obat high alert.
  - c. Berikan selotip merah pada sekeliling tempat penyimpanan obat high alert yang terpisah dari obat lain.
3. Penyimpanan obat LASA
- a. LASA (*look alike sound alike*) merupakan sebuah peringatan (*warning*) untuk keselamatan pasien: obat-obatan yang bentuk/rupanya mirip dan pengucapannya / namanya mirip tidak boleh diletakkan berdekatan.
  - b. Walaupun terletak pada kelompok abjad yang sama harus diselingi dengan minimal (dua) obat dengan kategori LASA diantara atau ditengahnya.
  - c. Biasakan mengeja nama obat dengan kategori LASA saat memberi/menerima instruksi.
4. Pemberian LABEL
- Label untuk obat yang perlu diwaspadai dapat dibedakan menjadi dua jenis:
- a. *HIGHT ALERT* untuk elektrolit konsentrasi tinggi, jenis injeksi atau infuse tertentu, mis. heparin, insulin, dll. Penandaan obat *High Alert* dilakukan dengan stiker “*High 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.



**Gambar 4. 3 Pelabelan Obat yang Perlu Diwaspadai**

Sumber: <https://www.perawatbaik.com>

5. Tujuan diberikan label/etiket

Etiket yang tertempel pada obat-obatan jenis High Alert dan LASA memiliki tujuan:

- a. Mencegah terjadinya kesalahan dalam pemberian obat akibat nama obat yang terdengar sama dan memiliki bentuk yang sama;
- b. Memberikan kewaspadaan dan teliti sebelum dan pada saat pemberian;
- c. Disimpan pada tempat khusus;
- d. Jenis elektrolit konsentrasi tinggi hanya berada di farmasi ataupun di ruangan khusus dengan pengawasan yang ketat;
- e. Mengurangi risiko medication error;
- f. Meningkatkan keselamatan pasien;
- g. Meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

6. Penyimpanan

Penyimpanan Elektrolit Konsentrasi Tinggi atau obat-obatan High Alert:

- a. Bagian pelayanan farmasi melakukan pemisahan penyimpanan obat dengan konsentrasi tinggi dan high alert dari obat-obatan lain;
- b. Memberikan tempelan stiker yang bertuliskan “High Alert”;
- c. Memberikan tanda terpisah dapat berupa garis merah dari obat-obatan lain;
- d. Mengecek stok setiap hari.

Penyimpanan Obat LASA

- a. Obat-obatan yang memiliki bentuk/rupa dan pengucapannya sama “TIDAK BOLEH” di letakkan secara berdekatan. Seperti Contoh : Epinephrine injeksi dan Ephedrine injeksi;
- b. Jika terletak pada huruf abjad yang sama harus diselingi dengan obat lain minimal 2 obat dengan kategori LASA di antaranya untuk mencegah terjadinya human error;
- c. Gunakan wadah atau tempat dengan warna yang berbeda;
- d. Menempelkan stiker pada setiap obat LASA.

Jadi untuk penyimpanan obat-obatan dari golongan High Alert ini memang harus dalam pengawasan pelayanan farmasi, tetapi sebagai perawat wajib juga mengawasi setiap penyimpanan obat-obat tersebut.

7. Penyiapan obat HIGHT ALERT

- a. Apoteker/ asisten apoteker memverifikasi resep obat high alert sesuai Pedoman Pelayanan farmasi penangana High Alert

- b. Garis bawah setiap obat high alert pada lembar resep dengan tinta merah.
  - c. Jika apoteker tidak ada di tempat, maka penanganan obat high alert dapat didelegasikan pada asisten apoteker yang sudah ditentukan.
  - d. Dilakukan pemeriksaan kedua oleh petugas farmasi yang berbeda sebelum obat diserahkan kepada perawat
  - e. Petugas farmasi pertama dan kedua, membubuhkan tanda tangan dan nama jelas di bagian belakang resep sebagai bukti telah dilakukan double check.
  - f. Obat diserahkan kepada perawat/pasien disertai dengan informasi yang memadai dan menandatangani buku serah terima obat rawat inap.
8. Cara pemberian Obat yang perlu diwaspadai di ruang perawatan
- Jenis obat-obatan High Alert dan LASA memiliki risiko yang lebih tinggi menimbulkan kesalahan dalam pemberiannya sehingga membutuhkan adanya “*Double Check*” yang menjadi hal penting untuk menghindari terjadinya kesalahan yang berakibat membahayakan pasien. Jika perawat melihat, obat dengan label High Alert maka ada tulisan *Double Check*. Jadi sebelum memberikannya kepada pasien wajib melakukan verifikasi bersama minimal dua orang perawat.
- a. Sebelum perawat memberikan obat high alert kepada pasien maka perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali (double check) secara independent.
  - b. Kesesuaian antara obat dengan rekam medik/instruksi dokter.
  - c. Ketepatan perhitungan dosis obat.
  - d. Identitas pasien.
  - e. 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 di setiap ujung jalur selang.
  - f. Obat high alert elektrolit konsentrasi tinggi harus diberikan sesuai perhitungan standar yang telah baku, yang berlaku di semua ruang perawatan.
  - g. Setiap kali pasien pindah ruang rawat, perawat pengantar menjelaskan kepada perawat penerima pasien bahwa pasien mendapatkan obat high alert dan menyerahkan formulir pencatatan obat.
  - h. 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.

## **B. Keterampilan Meningkatkan Keamanan Obat yang Harus Diwaspadai**

Praktik SKP 3: Meningkatkan Keamanan Obat yang Harus Diwaspadai.

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.

## **PROSEDUR PENGECEKAN GANDA (*DOUBLE CHECK*) SEBELUM PEMBERIAN DAN PEMBERIAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI**

<b>a. Tahap Prainteraksi</b>
Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien Persiapan perawat Persiapan alat : obat high alert, alat kesehatan yang diperlukan, Status Pasien; Persiapan Lingkungan
<b>b. Tahap Orientasi</b>
Bina hubungan saling percaya: Beri salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); Tanyakan nama dan tanggal lahir pasien Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Kontrak: waktu dan tempat
<b>c. Tahap Kerja</b>
Anda dan Perawat lain melakukan pemeriksaan kembali ( <i>double check</i> ) secara independen, tentang: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Benar obat (kesesuaian antara obat dengan rekam medik/instruksi dokter)</li> <li>2) Benar waktu dan frekuensi pemberian</li> </ol>

<p>3) Benar dosis (ketepatan perhitungan dosis obat)</p> <p>4) Benar rute pemberian</p> <p>5) Benar identitas pasien</p> <p>6) Benar informasi</p> <p>7) Benar dokumentasi</p> <p>Periksa juga masa kadaluarsa obat. Setelah semua sesuai dan tepat, Perawat memberikan obat high alert kepada pasien dengan hati-hati</p> <p>Perawat memastikan Obat high alert infuse diberikan dengan tepat</p> <p>Perawat memastikan ketepatan kecepatan pompa infus (infuse pump).</p> <p>Jika obat lebih dari satu, tempelkan label nama obat pada syringe pump dan di setiap ujung jalur selang</p>
<p><b>d. Tahap Terminasi</b></p> <p>Evaluasi respon subjektif dan objektif pasien</p> <p>Berikan reinforcement positif</p> <p>Tentukan rencana tindak lanjut</p> <p>Beri salam terapeutik</p>
<p><b>e. Dokumentasi</b></p> <p>Catat hasil tindakan memberikan obat high alert</p>

### C. Rangkuman

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan dengan tidak tepat. 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. Obat yang perlu diwaspadai mencakup:

1. Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (error) dalam penggunaannya (contoh: insulin, heparin atau sitostatika).
2. Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*)
3. Elektrolit konsentrat contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%.

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”. 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.

Penyimpanan Elektrolit Konsentrasi Tinggi atau obat-obatan High Alert:

1. Bagian pelayanan farmasi melakukan pemisahan penyimpanan obat dengan konsentrasi tinggi dan high alert dari obat-obatan lain;
2. Memberikan tempelan stiker yang bertuliskan “High Alert”;
3. Memberikan tanda terpisah dapat berupa garis merah dari obat-obatan lain;
4. Mengecek stok setiap hari.

Penyimpanan Obat LASA:

1. Obat-obatan yang memiliki bentuk/rupa dan pengucapannya sama “TIDAK BOLEH” di letakkan secara berdekatan. Seperti Contoh : Epinephrine injeksi dan Ephendrine injeksi;
2. Jika terletak pada huruf abjad yang sama harus diselingi dengan obat lain minimal 2 obat dengan kategori LASA di antaranya untuk mencegah terjadinya human error;
3. Gunakan wadah atau tempat dengan warna yang berbeda;
4. Menempelkan stiker pada setiap obat LASA.

Cara pemberian Obat yang perlu diwaspadai di ruang perawatan. Jenis obat-obatan High Alert dan LASA memiliki risiko yang lebih tinggi menimbulkan kesalahan dalam pemberiannya sehingga membutuhkan adanya “*Double Chek*” yang menjadi hal penting untuk menghindari terjadinya kesalahan yang berakibat membahayakan pasien. Jika perawat melihat, obat dengan label High Alert maka ada tulisan *Double Check*. Jadi sebelum memberikannya kepada pasien wajib melakukan verifikasi bersama minimal dua orang perawat.

#### **D. Asesmen Pembelajaran**

1. Jelaskan pengertian dari Obat yang perlu diwaspadai!
2. Jelaskan penggunaan LABEL untuk obat yang perlu diwaspadai !.
3. Jelaskan cara penyiapan dan pemberian obat yang perlu diwaspadai di ruang perawatan!
4. Bagaimana cara melakukan pengecekan ganda (double check) sebelum pemberian obat high alert?
5. Apa saja langkah-langkah untuk membantu menurunkan kesalahan pada pemberian obat untuk pasien dengan keterbatasan komunikasi?

## BAB V

### KESELAMATAN PASIEN DALAM PEMBEDAHAN

#### Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan: cara memastikan lokasi pembedahan yang benar
2. Menjelaskan sign in, time out dan sign out.
3. Mendemonstrasikan cara mengisi *Surgical Safety Checklist*

#### A. Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

Rumah sakit menetapkan proses untuk melaksanakan verifikasi pra operasi, penandaan lokasi operasi dan proses time-out yang dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/invasif dimulai serta proses *sign-out* yang dilakukan setelah tindakan selesai. Tindakan operasi dan invasif meliputi semua tindakan yang melibatkan insisi atau pungsi, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, operasi terbuka, aspirasi perkutan, injeksi obat tertentu, biopsi, tindakan intervensi atau diagnostik vaskuler dan kardiak perkutan, laparoskopi, dan endoskopi. Rumah sakit perlu mengidentifikasi semua area di rumah sakit mana operasi dan tindakan invasif dilakukan.

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. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kesalahan (Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi) ini adalah akibat dari:

1. Komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah
2. Kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking)
3. Tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.
4. Asesmen pasien yang tidak adekuat
5. Penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat
6. Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah,
7. Permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*)
8. Pemakaian singkatan yang tidak lazim

Rumah sakit memerlukan upaya kolaboratif untuk mengembangkan proses dalam mengeliminasi faktor-faktor tersebut. Kegiatan yang dilaksanakan oleh Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat

dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/pemberi tanda.

Ketepatan yang harus diperhatikan adalah ketepatan lokasi penandaan (*site marking*), ketepatan prosedur, ketepatan pasien.

1. Ketepatan lokasi penandaan (*site marking*)

Ketepatan lokasi sangatlah penting dalam tindakan pembedahan/operasi, untuk menghindari kesalahan dalam tindakan operasi. Ketepatan lokasi ini biasa dilakukan dengan cara menggunakan tanda yang mudah dikenali pada area yang akan dilakukan tindakan operasi. Penandaan ini memudahkan petugas untuk mengidentifikasi lokasi operasi, sehingga dapat mengurangi risiko salah lokasi operasi.

Penandaan lokasi tindakan operasi/invasif dilakukan oleh PPA yang akan melakukan tindakan tersebut. PPA tersebut akan melakukan seluruh prosedur operasi/invasif dan tetap berada dengan pasien selama tindakan berlangsung. Pada tindakan operasi, DPJP bedah pada umumnya yang akan melakukan operasi dan kemudian melakukan penandaan lokasi. Untuk tindakan invasif non-operasi, penandaan dapat dilakukan oleh dokter yang akan melakukan tindakan, dan dapat dilakukan di area di luar area kamar operasi. Terdapat situasi di mana peserta didik (trainee) dapat melakukan penandaan lokasi, misalnya ketika peserta didik akan melakukan keseluruhan tindakan, tidak memerlukan supervisi atau memerlukan supervisi minimal dari operator/dokter penanggung jawab. Pada situasi tersebut, peserta didik dapat menandai lokasi operasi. Ketika seorang peserta didik menjadi asisten dari operator/dokter penanggung jawab, hanya operator/dokter penanggung jawab yang dapat melakukan penandaan lokasi. Penandaan lokasi dapat terjadi kapan saja sebelum tindakan operasi/invasif selama pasien terlibat secara aktif dalam proses penandaan lokasi jika memungkinkan dan tanda tersebut harus tetap dapat terlihat walaupun setelah pasien dipersiapkan dan telah ditutup kain. Contoh keadaan di mana partisipasi pasien tidak memungkinkan meliputi: kasus di mana pasien tidak kompeten untuk membuat keputusan perawatan, pasien anak, dan pasien yang memerlukan operasi darurat.

Penandaan lokasi (*site marking*) operasi terutama dilakukan pada:

- Pada organ yang memiliki dua (2) sisi, yaitu kanan dan kiri,
- Multiple structures (jari tangan, jari kaki),
- Multiple level (operasi tulang belakang, cervical, thorax, lumbal, dll),
- Multiple tese yang pekerjaannya bertahap

Tindakan operasi yang tidak perlu dilakukan penandaan:

- Prosedur endoskopi
- Cateterisasi Jantung
- Prosedur yang mendekati atau melalui garis midline: SC, Histerektomi, tryoidektomi, laparatomi
- Pencabutan gigi
- Operasi pada membran mukosa
- Operineum
- Kulit yang rusak
- Operasi pada bayi yang neonatus
- Pada lokasi – lokasi intra organ seperti mata dan organ THT maka penandaan dilakukan pada daerah yang mendekati organ berupa tanda panah.

Anjuran penandaan lokasi operasi :

- Gunakan tanda yang telah disepakati, yaitu dengan menggunakan tanda (→O).
- Tandai pada atau dekat daerah insisi,
- Gunakan tanda yang tidak ambigu (meragukan) (contoh tanda X merupakan tanda ambigu),
- Daerah yang tidak dioperasi, jangan ditandai kecuali sangat diperlukan,
- Penandaan dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan diinsisi.

## 2. Ketepatan prosedur

Tepat prosedur operasi merupakan tahapan verifikasi yang harus dilakukan sebelum tindakan pembedahan, yang bertujuan untuk memastikan bahwa tindakan yang dilakukan sesuai dengan prosedur. Ketepatan prosedur ini biasanya dilakukan dengan tahapan:

- Menginformasikan kepada pasien dan keluarga mengenai prosedur, rencana operasi, dan risiko operasi,
- Mendokumentasikan semua prosedur yaitu prosedur yang lengkap dan rencana anastesi.
- Verifikasi dokumen informed consent untuk meidentifikasi pasien secara benar.

- Mempersiapkan semua hasil laboratorium yang relevan dan verifikasi identitas pasien.
- Mengecek tanda lokasi yang akan dilakukan pembedahan
- Verifikasi rencana operasi.
- Verifikasi prosedur operasi.
- Verifikasi posisi yang benar pada meja operasi.
- Verifikasi kesiapan alat.

### 3. Ketepatan pasien

Tepat pasien merupakan prosedur pemastian ketepatan pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan, yang bertujuan untuk memastikan kesesuaian identitas pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Ketepatan pasien ini bisa dilakukan dengan:

- Selalu melakukan identifikasi pasien (crosscek), dengan menanyakan nama maupun dengan melihat gelang identitas pasien.
- Mencocokkan identitas tersebut dengan berkas rekam medis pasien.
- Identifikasi pasien dan prosedur juga dilakukan sebelum pasien masuk kamar operasi, sebelum anastesi dan sebelum dilakukan tindakan insisi.
- Pastikan kelengkapan pemeriksaan penunjang yang mendukung.

Dalam pembedahan/operasi terdapat beberapa macam tahapan yaitu:

#### 1. Pra operatif ( Ruang Rawat Inap )

Pre operatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi/pembedahan dibuat dan diakhiri ketika pasien dipindahkan ke meja operasi. Dalam tahapan ini persiapan fisik maupun pemeriksaan penunjang serta persiapan mental sangat penting dilakukan, karena kesuksesan suatu tindakan pembedahan pasien berawal dari kesuksesan persiapan yang dilakukan selama tahap preoperasi. Kesalahan yang dilakukan pada saat tindakan pre operasi apapun bentuknya dapat berdampak pada tahap-tahap selanjutnya, untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara masing-masing komponen yang berkompoten untuk menghasilkan outcome yang optimal. Berikut ini persiapan yang perlu dilakukan pada tahap pre operasi yaitu:

- **Persiapan fisik:** Persiapan fisik yang dilakukan sebelum operasi biasanya mencakup status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, pencukuran daerah operasi, personal hygiene, dll.
- **Persiapan penunjang:** Persiapan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan/operasi. Pemeriksaan

penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lainnya.

- Inform consent: Inform consent sebagai wujud dari upaya hukum rumah sakit, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi.
- Persiapan mental: Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Masalah mental yang biasa muncul pada pasien pre operasi adalah kecemasan. Untuk mengurangi/mengatasi kecemasan pasien, yaitu dengan menanyakan hal-hal yang terkait dengan persiapan operasi.
- Obat-obatan: Pasien akan diberikan obat-obatan antibiotic profilaksis yang biasanya diberikan sebelum pasien di operasi, untuk mencegah terjadinya infeksi selama tindakan operasi. Antibiotic profilaksis ini biasanya diberikan 1-2 jam sebelum operasi dimulai dan dilanjutkan pasca bedah.
- Pengisian formulir catatan keperawatan pra operasi oleh perawat ruang rawat inap.
- Melakukan verifikasi jadwal operasi, jenis tindakan operasi dan instrumen yang akan di gunakan, oleh perawat ruang operasi dalam waktu kurang dari 24 jam pre operasi.

Verifikasi praoperasi merupakan proses pengumpulan informasi dan konfirmasi secara terus-menerus. Tujuan dari proses verifikasi praoperasi adalah:

- Melakukan verifikasi terhadap sisi yang benar, prosedur yang benar dan pasien yang benar;
- memastikan bahwa semua dokumen, foto hasil radiologi atau pencitraan, dan pemeriksaan yang terkait operasi telah tersedia, sudah diberi label dan di siapkan;
- melakukan verifikasi bahwa produk darah, peralatan medis khusus dan/atau implan yang diperlukan sudah tersedia.

Di dalam proses verifikasi praoperasi terdapat beberapa elemen yang dapat dilengkapi sebelum pasien tiba di area praoperasi. seperti memastikan bahwa dokumen, foto hasil radiologi, dan hasil pemeriksaan sudah tersedia, di beri label dan sesuai dengan penanda identitas pasien.

Beberapa proses verifikasi praoperasi dapat dilakukan lebih dari sekali dan tidak hanya di satu tempat saja. Misalnya persetujuan tindakan bedah dapat diambil di ruang periksa dokter spesialis bedah dan verifikasi kelengkapannya dapat dilakukan di area tunggu praoperasi.

## 2. Tahap-Tahap Operasi

Terdapat tiga fase/tahapan dalam 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*

*Time-out* dilakukan sesaat sebelum tindakan dimulai dan dihadiri semua anggota tim yang akan melaksanakan tindakan operasi. Selama *time-out*, tim menyetujui komponen sebagai berikut:

- Benar identitas pasien.
- Benar prosedur yang akan dilakukan.
- Benar sisi operasi/tindakan invasif.

*Time-out* dilakukan di tempat di mana tindakan akan dilakukan dan melibatkan secara aktif seluruh tim bedah. Pasien tidak berpartisipasi dalam *time-out*. Keseluruhan proses *time-out* didokumentasikan dan meliputi tanggal serta jam *time-out* selesai.

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.

Sebelum operator akan melakukan insisi kulit, perawat sirkuler akan memimpin *time out*, meliputi:

- Pengenalan dan konfirmasi peranan tim operasi
- Rekonfirmasi ulang status dan kelengkapannya
- Langkah antisipasi didalam kondisi kritis
  - Tim bedah : langkah apa saja yang akan diterapkan pada keadaan kritis yang tidak diharapkan, durasi operasi, dan kemungkinan jumlah pendarahan.
  - Tim anastesi : identifikasi hal kritis penting terkait kondisi pasien dalam proses pembedahan

- Tim keperawatan : identifikasi kelengkapan alat bedah yang akan dibutuhkan dan status sterilisasinya.

Fase Intra-operatif dimulai ketika pasien masuk ke bagian atau ruang bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan.

c. Fase *Sign Out*

Fase *Sign Out* adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. *Sign out* yang dilakukan di area tempat tindakan berlangsung sebelum pasien meninggalkan ruangan. Pada umumnya, perawat sebagai anggota tim melakukan konfirmasi secara lisan untuk komponen *sign-out* sebagai berikut:

- Nama tindakan operasi/invasif yang dicatat/ditulis.
- Kelengkapan perhitungan instrumen, kasa dan jarum (bila ada).
- Pelabelan spesimen (ketika terdapat spesimen selama proses sign-out, label dibacakan dengan jelas, meliputi nama pasien, tanggal lahir).
- Masalah peralatan yang perlu ditangani (bila ada).

Langkah akhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi dan Apakah pasien sudah dikonfirmasi identitasnya, tempat operasi, prosedur dan persetujuan?

Setiap langkah dalam 3 tahapan operasi harus dicek menggunakan *Surgical Safety Checklist*. Rumah sakit dapat menggunakan Daftar tilik keselamatan operasi (*Surgical Safety Checklist* dari WHO terkini). *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. Tujuan utama dari WHO *surgical safety checklist* 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:

- a. Periode sebelum induksi anestesi (*Sign in*)
- b. Setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan (*Time out*).
- c. Periode selama atau setelah penutupan luka tapi sebelum pasien masuk *Recovery Room* (*Sign out*).

Dalam setiap fase, ceklist koordinator harus diijinkan mengkonfirmasi bahwa tim sudah melengkapinya 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 melengkapinya secara verbal tanpa intervensi dari koordinator ceklist.

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 mengoperasikan 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.

## **B. Keterampilan Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar**

Praktik SKP 4: Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

- Prosedur pelaksanaan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi
- Prosedur pelaksanaan sign in, time out, dan sign out
- *Surgical Safety Checklist* / daftar tilik keselamatan pasien operasi (*Sign In, Time Out, Sign Out*)

### **1. Prosedur Pelaksanaan Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Dan Tepat Pasien Operasi**

Tujuan: Mencegah terjadinya kesalahan dalam menentukan lokasi operasi, prosedur yang digunakan, pasien yang akan menjalani prosedur tindakan bedah baik sebelum, selama dan sesudah operasi

Prosedur:

- a. Persiapan : RM Pasien, alat tulis
- b. Pelaksanaan:

- 1) Pasien yang akan dioperasi dilakukan penandaan dalam waktu 24 jam oleh DPJP/Operator/Dokter Umum Ruang rawat inap.
- 2) Ucapkan salam, “Assalamualaikum, selamat pagi/siang/sore Bapak/Ibu”, perkenalkan diri, “Saya.. (nama)”, jelaskan profesi/unit kerja.
- 3) Jelaskan tugas yang akan dilakukan, “Bapak/ Ibu, sesuai prosedur keselamatan pasien, sebelum dilakukan tindakan ..... (sebutkan jenis tindakan) saya harus melakukan konfirmasi ulang atas identitas Bapak/ Ibu, dan mencocokkannya dengan lokasi/bagian yang akan dilakukan operasi dengan tujuan untuk mencegah terjadinya kesalahan lokasi”
- 4) Pastikan identitas pasien pada gelang pasien, tanyakan nama, tempat tanggal lahir, No.RM
  - Minta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan umurnya, “Mohon sebutkan nama lengkap dan tanggal lahir Bapak/ Ibu (umur)?”
  - Bandingkan nama dan tanggal lahir yang disebutkan pasien dengan yang tercantum pada gelang pengenal yang digunakan pasien
  - Bandingkan identitas pasien yang ada pada gelang pengenal dengan identitas yang ada pada berkas rekam medis pasien (Nama, tanggal lahir, No RM)
- 5) Berikan tanda lokasi operasi dengan spidol yang tidak mudah luntur dan mudah dikenali dengan menggunakan tanda lingkaran O melibatkan pasien/keluarga saat penandaan lokasi operasi
- 6) Lakukan verifikasi pada pasien dan atau keluarga bahwa mereka telah memahami dan mengetahui lokasi yang akan dilakukan operasi
- 7) Ucapkan terimakasih, dan semoga operasi berjalan lancar “Terimakasih Bapak/ Ibu atas kesediannya dalam pelaksanaan konfirmasi Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien ini.

## 2. **Prosedur Pelaksanaan *Sign In, Time Out, Dan Sign Out***

Pengertian: Langkah yang dilakukan tim pembedahan untuk menyamakan persepsi tentang tindakan yang akan dilakukan dengan memberlakukan metode verifikasi sebelum dan setelah pasien dilakukan tindakan operasi/pemeriksaan diagnostic invansif non invansive, verifikasi dilakukan dengan mengisi check list verifikasi pre operasi, check list keselamatan pasien operasi (Sign In, Time Out, Sign Out)

Tujuan:

- a. Membantu tim agar konsisten mengikuti langkah keselamatan pasien.
- b. Memandu interaksi verbal antar Tim.
- c. Menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan (salah lokasi, salah prosedur, salah pasien) di kamar operasi.

Petugas:

- a. Dokter operator bedah
- b. Dokter anestesi
- c. Perawat anestesi
- d. Perawat bedah dengan sertifikasi kamar operasi
- e. Perawat sirkuler
- f. Perawat instrumen/scrub nurse

Peralatan: alat tulis dan status pasien

Prosedur:

#### 1. Sign In :

- a. Waktu pelaksanaan: sesaat sebelum pasien dibawa ke ruang operasi (sebelum dilakukan induksi)
- b. Persiapan alat: Cek list keselamatan Pasien Operasi, alat tulis
- c. Tim yang harus hadir: Perawat sirkuler/ Instrumen, dokter anestesi, dokter operator atau perawat asisten.
- d. Perawat Sirculer/ Instrumen memperkenalkan diri pada pasien
- e. Perawat Sirculer/ Instrumen memperkenalkan dokter anestesi
- f. Perawat Sirculer/ Instrumen menjelaskan tujuan sign in
- g. Perawat Sirculer/ Instrumen mengkonfirmasi ulang identitas pasien
- h. Perawat Sirculer/ Instrumen mencocokkan apa yang disebut pasien dengan gelang pasien dan rekam media pasien
- i. Perawat Sirculer/ Instrumen memastikan pasien mengetahui tindakan operasi apa yang akan dilakukan pada pasien
- j. Perawat Sirculer/ Instrumen menanyakan kepada pasien lokasi operasi sambil melakukan pengecekan, apakah sudah diberikan tanda lokasi daerah operasi atau belum.
- k. Perawat Sirculer/ Instrumen menanyakan apakah tanda tangan/ cap jari pasien yang ada dalam informed consent formulir adalah tanda tangan/ cap jari pasien, kecuali pasien tidak sadar.
- l. Perawat Sirculer/ Instrumen menanyakan apakah pasien mempunyai riwayat alergi
- m. Perawat Sirculer/ Instrumen mencocokkan dengan gelang (merah) jika alergi.

- n. Perawat sirculer/ Instrumen menanyakan pada dokter anastesi, apakah alat dan mesin anastesi sudah siap digunakan
  - o. Perawat Sirculer/ Instrumen meanyakan pada dokter anastesi apakah ada masalah dalam pernapasan pasien
  - p. Perawat Sirculer/ Instrumen menanyakan pada dokter anastesi apakah pasien memiliki risiko perdarahan
  - q. Perawat Sirculer/ Instrumen menanyakan pada dokter anastesi apakah perlu akses IV line lebih dari satu
  - r. Setelah cek list terisi semua, Perawat Sirculer/ Instrumen, Penata Anastesi, Dokter Bedah (Operator) dan Dokter Anastesi segera membubuhkan nama terang dan tanda tangan di bagian bawah cek list.
2. Time Out:
- a. Waktu pelaksanaan: sesaat sebelum dilakukan insisi.
  - b. Persiapan: cek list keselamatan pasien operasi dan alat tulis
  - c. Pemberi kode untuk dimulainya time out adalah perawat Instrumen/ Perawat Asisten
  - d. Yang membacakan: Perawat Sirculer/ Onloop
  - e. Perawat Sirculer/ Onloop membacakan urutan sesuai yang tertera pada ceklist, sambil melakukan pegisian ceklist
  - f. Tanggal, bulan, tahun, jam dilakukan Time Out
  - g. Setiap anggota tim memperkenalkan diri sesuai perannya masing masing
  - h. Operator menyebutkan nama pasien, usia, tindakan dan lokasi operasi
  - i. Dokter Anastesi/ Dokter Operator memastikan apakah antibiotic profilaksis sudah diberikan
  - j. Perawat Sirculer/ Instrumen/ Onloop menanyakan kepada operator dan dokter Anastesi Langkah apa yang perlu dilakukan jika terjadi kondisi kritis atau kejadian yang tidak diharapkan
  - k. Perawat Sirculer/ Onloop, ; menanyakan kepada operator : Apakah ada hal khusus yang harus diantisipasi
  - l. Perawat Sirculer/ Onloop.; menanyakan kepada operator: Apakah perlu dipasang hasil X Ray pasien?
  - m. Perawat Sirculer/ Onloop memberi informasi tentang kelengkapan tim operasi dan siap untuk melaksanakan tindakan operasi dan mempersilahkan untuk berdoa sebelum memulai operasi.
  - n. Setelah checklist terisi semua perawat sirculer/ Onloop membubuhkan nama terang dan tanda tangan dibagian bawah checklist dan ditandatangani oleh operator setelah operasi selesai.

### 3. Sign Out:

- a. Waktu pelaksanaan : sebelum area operasi ditutup
- b. Persiapan: cek list keselamatan pasien operasi dan alat tulis
- c. Perawat instrumen member kode dimulainya sign out
- d. Perawat sirculer mencatat dan melakukan pengisian cek list keselamatan pasien operasi
- e. Operator, menyebutkan operasi yang telah dilakukan
- f. Perawat instrument melaporkan jumlah dan kelengkapan alat, instrument, kasa dan jarum yang dipakai
- g. Perawat sirculer mencatat dan memastikan jumlah dan kelengkapan alat, instrument, kasa dan jarum yang dipakai
- h. Perawat sirculer mencatat dan memastikan apakah ada specimen yang akan diperiksa, jika asa beri label sesuai identitas pasien.
- i. Perawat sirculer menanyakan pada operator dan anastesi apakah ada hal khusus yang perlu diperhatikan pada pasien setelah operasi
- j. Perawat sirculer menyanyakan kepada perawat kepada perawat instrumen, apakah ada alat yang bermasalah selama operasi berlangsung.
- k. Perawat sirculer memastikan kembali ceklist keselamatan pasien operasi sudah dilengkapi
- l. Jika sudah lengkap semua maka area operasi boleh ditutup
- m. Setelah cek list terisi segera membutuhkan nama terang dan tanda tangan di bagian bawah cek list sebelum keluar kamar operasi.

### 3. Surgical Safety Checklist / Daftar Tilik Keselamatan Pasien Operasi

<b>CHECK LIST KESELAMATAN PASIEN OPERASI</b>		No. RM : .....
		Nama : .....
		Tgl. Lahir / Umur : ..... (Lk / Pr)
Sebelum Induksi Anestesi / <i>Sign In</i> Waktu : .....	Sebelum Insisi / <i>Time Out</i> Waktu : .....	Sebelum Pasien Meninggalkan Kamar Operasi / <i>Sign Out</i> Waktu : .....
<p><b>Minimal ada Perawat, Penata Anestesi dan Dokter Anestesi</b></p> <p>Apakah identitas pasien sudah benar, rencana tindakan sudah jelas, dan ada persetujuan tindakan medis yang akan dilakukan (<i>informed consent</i>)? <input type="checkbox"/> Ya</p> <p>Apakah area yang akan dioperasi sudah diberi tanda ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak diperlukan</p> <p>Apakah mesin anestesi dan obat-obatan sudah lengkap? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Apakah sudah tersedia implan ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak Perlu</p> <p>Apakah sudah terpasang 'pulse oksimetri' pada pasien, dan sudah berfungsi baik ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Apakah pasien memiliki riwayat alergi ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Apakah pasien memiliki gangguan pernafasan ? <input type="checkbox"/> Ya, dan alat/ bantuan sudah tersedia <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Resiko perdarahan &gt; 500ml (7ml/ kg bagi anak-anak) <input type="checkbox"/> Ya, dan sudah direncanakan pemasangan infus <i>2 line</i> dan tersedia cairan-cairan yang akan diberikan <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>Tanda Tangan dan Nama</b> dr. Anestesi .....</p> <p>Penata Anestesi .....</p> <p>Perawat .....</p>	<p><b>Dengan Perawat, Penata Anestesi, Dokter Anestesi dan Dokter Bedah</b></p> <p>Memastikan bahwa semua anggota tim medis sudah memperkenalkan diri (nama dan peran masing-masing) <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Memastikan dan baca ulang nama pasien, tindakan medis dan area yang akan diinsisi. <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Apakah profilaksis antibiotik sudah diberikan 1 jam sebelumnya ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak perlu</p> <p><b>Kejadian beresiko yang perlu diantisipasi untuk Dokter Bedah :</b></p> <p>Apakah tindakan beresiko atau tindakan tidak rutin yang akan dilakukan? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Berapa lama tindakan ini akan dikerjakan?.....</p> <p>Apakah sudah antisipasi perdarahan ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>Untuk Dokter Anestesi</b> Apakah ada hal khusus untuk pasien ini ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>Untuk Tim Perawat</b> Apakah sudah dipastikan kesterilan peralatan ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Apakah ada masalah dengan peralatan atau masalah alat yang dikhawatirkan? .....</p> <p>Apakah hasil radiologi yang diperlukan sudah ada ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>Tanda Tangan dan Nama</b> dr. Anestesi .....</p> <p>Penata Anestesi .....</p> <p>Perawat Sirkuler .....</p>	<p><b>Dengan Perawat, Penata Anestesi, Dokter Anestesi dan Dokter Bedah</b></p> <p>Secara verbal perawat memastikan nama tindakan <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Kelengkapan alat, jumlah kasa dan jarum <input type="checkbox"/> Lengkap      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Pelabelan specimen (baca label specimen dan nama pasien dengan keras) <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Apakah ada masalah peralatan yang perlu disampaikan ? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><b>Untuk Dokter Bedah, Dokter Anestesi dan Perawat :</b> Apakah ada catatan khusus untuk proses <i>recovery</i> dan penanganan perawatan pasien ini? <input type="checkbox"/> Ya      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Medan, .....</p> <p><b>Tanda Tangan dan Nama</b> dr. Spesialis Mata .....</p> <p>dr. Anestesi .....</p> <p>Penata Anestesi .....</p> <p>Perawat Instrument .....</p> <p>Perawat Sirkuler .....</p>

**Gambar 5. 1 Surgical Safety Checklist**

*Sumber: Rumah Sakit Khusus Mata SMEC, 2019*

### C. Rangkuman

1. Ketepatan lokasi penandaan (*site marking*): Ketepatan lokasi sangatlah penting dalam tindakan pembedahan/operasi, untuk menghindari kesalahan dalam tindakan operasi. Ketepatan lokasi ini biasa dilakukan dengan cara menggunakan tanda yang mudah dikenali pada area yang akan dilakukan tindakan operasi. Penandaan ini memudahkan petugas untuk mengidentifikasi lokasi operasi, sehingga dapat mengurangi risiko salah lokasi operasi.
2. Ketepatan prosedur: Tepat prosedur operasi merupakan tahapan verifikasi yang harus dilakukan sebelum tindakan pembedahan, yang bertujuan untuk memastikan bahwa tindakan yang dilakukan sesuai dengan prosedur.
3. Ketepatan pasien: Tepat pasien merupakan prosedur pemastian ketepatan pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan, yang bertujuan untuk memastikan kesesuaian identitas pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan.

Rumah sakit menggunakan Daftar tilik keselamatan operasi (*Surgical Safety Checklist* dari WHO terkini). *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. *Checklist* membedakan operasi menjadi 3 fase dimana berhubungan dengan waktu tertentu seperti pada prosedur normal:

- Periode sebelum induksi anestesi (*Sign in*)
- Setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan (*Time out*).
- Periode selama atau setelah penutupan luka tapi sebelum pasien masuk *Recovery Room* (*Sign out*).

Dalam setiap fase, ceklist koordinator harus diijinkan mengkonfirmasi bahwa tim sudah melengkapinya 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 melengkapinya secara verbal tanpa intervensi dari koordinator ceklist.

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.

#### **D. Asesmen Pembelajaran**

1. Ketua tim bedah tengah bersiap akan melakukan tindakan bedah laparatomi. Ketua tim memperkenalkan diri dan menjelaskan perannya dalam pembedahan saat ini, dilanjutkan dengan anggota tim yang lain. Tindakan tersebut dilakukan untuk 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. Pada fase apakah kegiatan yang sedang dilakukan tersebut?
  - a. Fase time out
  - b. Fase sign in
  - c. Fase sign out
  - d. Fase preoperasi
  - e. Fase Intra Operasi
  
2. Ketua tim bedah akan memulai prosedur operasi pada pasien dengan bedah thorak. Saat ini pasien belum mendapatkan anestesi. Ketua tim bedah kembali mengkonfirmasi identitas pasien, memastikan sisi operasi benar dan sudah ditandai. Setelah itu Ketua tim bedah berkoordinasi dengan dokter anestesi untuk mengkonfirmasi adanya risiko pasien kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi. Pada fase apakah kegiatan yang sedang dilakukan tersebut?
  - a. Fase sign out
  - b. Fase time out
  - c. Fase preoperasi
  - d. Fase sign in
  - e. Fase Intra Operasi

## BAB VI

### RISIKO INFEKSI

#### Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tentang Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*)
2. Menjelaskan cara mencegah terjadinya infeksi
3. Mendemonstrasikan cuci tangan dengan benar.
4. Mendemonstrasikan memakai dan melepas alat perlindungan diri

#### A. Mengurangi Risiko Infeksi akibat Perawatan Kesehatan

Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang disingkat HAIs adalah 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 (Permenkes, 2017).

HAIs (*Health-care Associated infections*) merupakan masalah serius yang harus dicegah dan dikendalikan sebaik-baiknya. Angka kejadian HAIs terus meningkat antara 1-40% yang berdampak pada peningkatan lama rawat (LOS), biaya perawatan dan risiko morbiditas dan mortalitas. Angka kejadian HAIs meningkat sampai 40% di Asia, Amerika Latin dan Afrika. Oleh karena itu *World Health Organization* (WHO) melalui gerakan global *Patient Safety* challenge menekankan pentingnya program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). Secara prinsip, kejadian HAIs sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI. PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.

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.

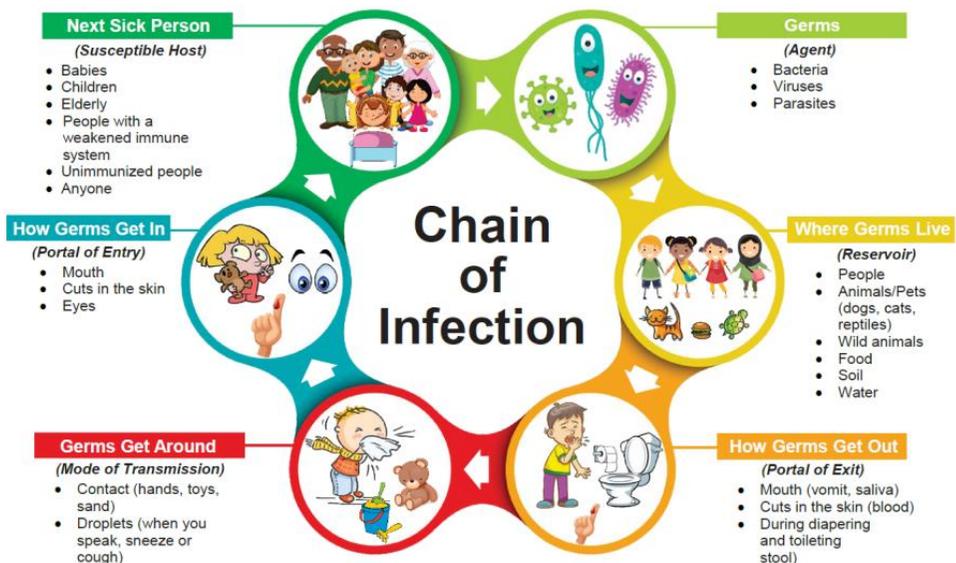
Berdasarkan sumber infeksi, maka infeksi dapat berasal dari masyarakat/komunitas (*Community Acquired Infection*) atau dari rumah sakit (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*). Penyakit infeksi yang didapat di rumah sakit beberapa waktu yang lalu disebut sebagai Infeksi Nosokomial (*Hospital Acquired Infection*). Saat ini penyebutannya 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.

Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan/tanpa disertai gejala klinik. Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan atau 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.

Rantai Infeksi (*chain of infection*) merupakan rangkaian yang harus ada untuk menimbulkan infeksi. Dalam melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan efektif, perlu dipahami secara cermat rantai infeksi. Kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh 6 komponen rantai penularan, apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Enam komponen rantai penularan infeksi, yaitu:

- a. Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme penyebab infeksi. Pada manusia, agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, 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* atau 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.

- c. *Portal of exit* (pintu keluar) adalah lokasi tempat agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan reservoir melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta.
- d. Metode Transmisi/Cara Penularan 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).
- e. *Portal of entry* (pintu masuk) adalah lokasi agen infeksi memasuki pejamu yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih dan kelamin atau melalui kulit yang tidak utuh.
- f. *Susceptible host* (Pejamu rentan) 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, luka bakar yang luas, trauma, pasca pembedahan dan pengobatan dengan immunosupresan.



**Gambar 6. 1 Rantai Infeksi**

Sumber: geteducationskills.com

Jenis HAIs yang paling sering terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit mencakup: *Ventilator associated pneumonia* (VAP), Infeksi Aliran Darah (IAD), Infeksi Saluran Kemih (ISK), dan Infeksi Daerah Operasi (IDO).

Faktor Risiko HAIs meliputi umur, status imun yang rendah atau terganggu, gangguan/Interupsi barrier anatomis, implantasi benda asing, dan perubahan mikroflora normal. Faktor risiko terkait umur, neonatus dan orang lanjut usia lebih rentan. Status imun yang rendah/terganggu (*immuno compromised*), seperti pada penderita dengan penyakit kronik, penderita tumor ganas, pengguna obat-obat immunosupresan. Gangguan/Interupsi barrier anatomis antara lain:

- Kateter urin: meningkatkan kejadian infeksi saluran kemih (ISK).
- Prosedur operasi: dapat menyebabkan infeksi daerah operasi (IDO) atau “surgical site infection” (SSI).
- Intubasi dan pemakaian ventilator: meningkatkan kejadian “Ventilator Associated Pneumonia” (VAP).
- Kanula vena dan arteri: Plebitis, IAD
- Luka bakar dan trauma.

Implantasi benda asing, seperti pada pemakaian mesh pada operasi hernia. Pemakaian implant pada operasi tulang, kontrasepsi, alat pacu jantung. Penggunaan *cerebrospinal fluid shunts* dan *valvular / vascular prostheses*. Perubahan mikroflora normal: pemakaian antibiotika yang tidak bijak dapat menyebabkan pertumbuhan jamur berlebihan dan timbulnya bakteri resisten terhadap berbagai antimikroba.

PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan mengharuskan setiap fasilitas pelayanan kesehatan melaksanakan PPI. PPI dilaksanakan melalui penerapan 1) prinsip kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi; 2) penggunaan antimikroba secara bijak; dan 3) *bundles*. Bundles merupakan sekumpulan praktik berbasis bukti sah yang menghasilkan perbaikan keluaran poses pelayanan kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten.

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatanserta 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**

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.

### **Kebersihan 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.

Indikasi kebersihan tangan:

- a. Sebelum kontak dengan pasien;
- b. Sebelum tindakan aseptik;
- c. Setelah kontak darah dan cairan tubuh;
- d. Setelah kontak dengan pasien;
- e. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

## CARA MENCUCI TANGAN DENGAN SABUN DAN AIR

 Lama waktu yang dibutuhkan: 40-60 detik



**0** Basahi tangan dengan air bersih yang mengalir



**1** Tuangkan sabun cair 3-5 cc, untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan



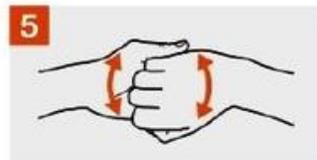
**2** Gosok kedua telapak tangan hingga merata



**3** Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya



**4** Gosok kedua telapak dan sela-sela jari



**5** Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci



**6** Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya



**7** Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya



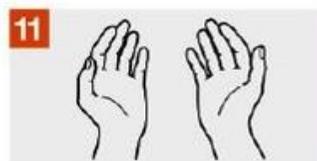
**8** Bilas kedua tangan dengan air mengalir



**9** Keringkan dengan handuk/kertas tisu sekali pakai



**10** Gunakan handuk / kertas tisu tersebut untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar



**11** Sekarang tangan anda sudah bersih

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

Gambar 6. 2 Cara Mencuci Tangan dengan Sabun dan Air

## CARA MENCUCI TANGAN DENGAN ANTISEPTIK BERBASIS ALKOHOL

 Lama waktu yang dibutuhkan: **20-30 detik**



**Gambar 6. 3 Mencuci Tangan dengan Antiseptik**

Sumber: PMK Nomor .27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

## Alat Pelindung Diri (APD)

Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius. 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). 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. 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. Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai di lakukan. Tidak dibenarkan menggantung masker di leher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentuh permukaan lingkungan.

### 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.



**Gambar 6. 4 Sarung Tangan Steril**

Sumber: <https://www.pidegreegroup.com>



**Gambar 6. 5 Sarung Tangan Bersih**

Sumber: [seasoninternational.net](http://seasoninternational.net)



**Gambar 6. 6 Sarung Tangan Rumah Tangga**

Sumber: <https://pcgsafety.com/>

Indikasi penggunaan sarung tangan steril:

- Semua prosedur bedah dan yang membutuhkan kondisi steril
- Melakukan pemasangan akses dan prosedur vascular (jalur central)
- Pemeriksaan dalam - mukosa (vagina, rektum, mulut)
- Pemasangan dan pencabutan implan, kateter urin, AKDR dan lainnya (terbungkus dalam paket steril dan dipasang dengan teknik tanpa sentuh)
- Laparaskopi, persalinan pervaginam
- Tindakan radiologi invasif
- Menyiapkan nutrisi parenteral total dan obat-obatan kemoterapi

Indikasi penggunaan sarung tangan non-steril/bersih:

- Terdapat potensi sentuhan dengan darah, cairan tubuh, sekret, dan ekskret dan benda-benda yang terlihat terkontaminasi oleh cairan tubuh.

- Paparan pasien langsung: kontak dengan darah, cairan tubuh, membrane mukosa, dan kulit terbuka; potensi organisme infeksius dan berbahaya; situasi epidemi atau gawat darurat; memasang dan melepaskan saluran intravena; menarik darah; pemeriksaan pelvis dan vaginal; penyedotan system terbuka saluran endotrakeal.
- Paparan pasien tidak langsung: mengosongkan bak muntah; menangani atau mencuci alat- alat medis; membersihkan tumpahan cairan tubuh.

Kondisi berikut ini tidak diindikasikan penggunaan sarung tangan medis, kecuali adanya tindakan pencegahan kontak:

- Paparan pasien langsung: mengukur tanda-tanda vital; melakukan penyuntikan subkutan dan intramuskular; memandikan dan memakaikan pakaian pasien; memindahkan pasien; perawatan mata dan telinga (tanpa sekret); semua tindakan memperbaiki jalur vascular tanpa adanya kebocoran darah.
- Paparan pasien tidak langsung: menggunakan telepon; menulis di status pasien memberikan obat oral; menyentuh nampan makan pasien; mengganti linen pasien; memasang peralatan ventilasi non-invasif dan kanula oksigen; memindahkan perabotan pasien.

Menggunakan sarung tangan medis dengan benar sangat penting untuk menjaga kebersihan dan mencegah kontaminasi. Berikut adalah langkah-langkah yang bisa diikuti:

#### **Cara memasang sarung tangan non-steril:**

- Lakukanlah kebersihan tangan jika terdapat indikasi kebersihan tangan sebelum kontak dengan pasien.
- Keluarkan sarung tangan dari kotaknya
- Sentuh sedikit saja area sarung tangan pada daerah pergelangan (pada ujung atas manset)
- Pasanglah sarung tangan pertama. Gunakan teknik “skin-to-skin” untuk memasukkan tangan pertama ke dalam sarung tangan.
- Ambil sarung tangan kedua dengan tangan yang belum memakai sarung tangan, sentuh sedikit saja area sarung tangan pada daerah pergelangan (pada ujung atas manset)
- Untuk menghindari tersentuhnya kulit lengan bawah oleh tangan yang telah terpasang sarung tangan, lipatlah permukaan luar sarung tangan yang akan dipakai, menggunakan lipatan jari tangan yang telah menggunakan sarung tangan, lalu kenakan sarung tangan pada kedua tangan. Gunakan

teknik “glove-to-glove” dengan menyentuh bagian luar sarung tangan yang sudah terpakai.

- Setelah sarung tangan terpasang, hindari bersentuhan dengan selain apa yang diindikasikan atau kondisi yang membutuhkan penggunaan sarung tangan.

### **Cara melepaskan sarung tangan non-steril**

- Cubitlah sarung tangan pada daerah pergelangan tangan tanpa menyentuh lengan atas, lalu buk asarung tangan hingga membalik bagian luar dan dalam sarung tangan.
- Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan tangan yang masih memakai sarung tangan. Selipkan tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di antara lengan bawah dan sarung tangan, lalu lepaskan sarung tangan kedua sampai posisi melipat menutupi sarung tangan pertama
- Buanglah sarung tangan ke tempat sampah medis
- Lakukan kebersihan tangan dengan sabun atau cairan pembersih.

### **Cara memakai sarung tangan steril**

- Lakukan kebersihan tangan
- Pastikan kemasan masih utuh. Buka kemasan luar non-steril tanpa menyentuh kemasan steril di dalamnya
- Letakkan kemasan dalam yang steril pada permukaan rata yang bersih dan kering, tanpa menyentuh permukaan kemasan steril. Bukalah kemasan dengan menyentuh ujung kemasan lalu lipat hingga menghadap ke bawah, dan biarkan kemasan terbuka
- Dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk salah satu tangan, pegang sarung tangan pada bagian ujung yang terlipat
- Masukkan tangan lain ke dalam sarung tangan dengan satu gerakan tunggal, biarkan lipatan sarung tangan pada daerah pergelangan tangan
- Ambil sarung tangan kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang telah menggunakan sarung tangan ke dalam lipatan manset sarung tangan kedua
- Dengan satu gerakan tunggal, masukkan tangan yang belum memakai sarung tangan ke sarung tangan kedua dengan menghindari kontak/sentuhan antara tangan yang telah memakai sarung tangan dengan

- area selain sarung tangan yang akan dipakai (adanya kontak menyebabkan kurangnya aseptis dan membutuhkan pergantian sarung tangan)
- Jika dibutuhkan, setelah kedua sarung tangan terpasang, perbaiki letak sarung tangan pada jari-jari hingga sarung tangan terpasang dengan nyaman
  - Bukalah lipatan pada manset dengan menyelipkan jari-jari tangan lain di bawah lipatan, hindari kontak atau bersentuhan dengan permukaan selain permukaan luar sarung tangan (adanya kontak menyebabkan kurangnya aseptis dan membutuhkan pergantian sarung tangan)
  - Lakukan pada kedua sarung tangan
  - Tangan yang telah memakai sarung tangan hanya boleh menyentuh area dan alat-alat yang telah disterilkan serta area tubuh pasien yang telah didisinfeksi.

### **Cara melepaskan sarung tangan steril**

- Lepaskan sarung tangan pertama dengan menggunakan tangan lainnya. Buka dengan cara melipat bagian dalam ke luar sampai daerah sendi jari kedua (jangan melepas seluruh sarung tangan)
- Lepaskan sarung tangan kedua dengan melipat bagian terluarnya menggunakan tangan yang telah terlepas sebagian sarung tangannya
- Lepaskan sarung tangan dengan melipat bagian dalam keluar hingga sarung tangan terbuka seluruhnya. Pastikan tangan hanya bersentuhan dengan bagian dalam sarung tangan
- Buang sarung tangan pada tempat sampah medis
- Lakukan sanitasi tangan dengan sabun atau cairan pembersih.

## **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. 7 Masker N95 dan Masker Medis/Bedah**



**Gambar 6. 8 Masker N95 dan KN95**

Sumber: <https://www.lifelongindiaonline.com/pages/personal-protective-safety-equipments>

#### **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).
- 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 6. 9 Masker Bedah**

Sumber: [www.orientmedicare.com](http://www.orientmedicare.com)

**Cara memakai masker 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)
- Letakkan jari-jari kedua tangan diatas bagian hidung yang terbuat dari logam. Tekan sisi logam tersebut (gunakan dua jari dari masing-masing tangan) mengikuti bentuk hidung. 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.



**Gambar 6. 10 Masker Respirator N95**

Sumber: [www.orientmedicare.com](http://www.orientmedicare.com)

**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.

### 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
- Gaun non steril

Indikasi penggunaan gaun pelindung:

Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan terjadinya 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

Gaun Medis sama halnya adalah baju yang melindungi bagian tubuh dari kepala lengan, badan, bahkan sampai kaki. Gaun ini memiliki beberapa jenis yaitu Apron, Gaun Sekali Pakai dan Coveral Medis.

- *Heavy Duty Apron* merupakan kain penutup dada atau celemek yang materialnya terbuat dari 100% Polyester dengan lapisan PVC, atau 100% PVC atau 100% karet, ataupun bahan lainnya. Apron ini berguna untuk melindungi bagian tubuh pengguna dari dada hingga setengah kaki dari percikan air atau cairan lainnya dari pasien.
- Gaun Sekali Pakai, merupakan sebuah gaun yang dirancang hanya dipakai sekali saja dan sesudahnya langsung dibuang dan digunakan untuk melindungi bagian depan, lengan, dan setengah kaki pengguna. Jenis gaun ini biasanya terbuat dari bahan Non Woven dan serat sintesis, seperti polypropylene, poliester, dan polyethylene, dupon Tyvexy yang dikombinasikan dengan plastik.
- Coverall Medis, orang sering menyebutnya dengan pakaian Hazmat. Pakaian ini melindungi seluruh tubuh pengguna dari kepala, punggung

sampai bawah tungkai tertutup. Bahan dari coveral medis (Hazmat) ini terbuat dari non Woven dan serta sintetik dengan pori pori 0.2 - 0.54 mikron (Michrophorous). Gaun ini bisa dipakai sampai dengan maksimal 50 kali. Selama gaun tidak robek atau rusak dan dapat di cuci atau di bersihkan dengan perlakuan khusus supaya virus atau bakteri yang menempel bisa hilang dengan aman.



**Gambar 6. 11a) Gaun Sekali Pakai; b) Gambar Apron**

Sumber: <https://indonesian.disposablemedicalglove.com> ,  
<https://www.thevetstore.net/shop/heavy-duty-apron/>



**Gambar 6. 12 Coverall Medis**

Sumber: <https://www.lifelongindiaonline.com/pages/personal-protective-safety-equipments>

### **Cara memakai gaun pelindung:**

- Pakai gaun sampai menutupi pakaian perawat.
- Tarik lengan baju sampai ke bagian pergelangan tangan
- Ikatkan tali gaun (biasanya ada dibagian posterior leher, dada dan pinggul)
- Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah).
- 

### **Cara 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. Goggle dan Perisai Wajah**

Goggle dan perisai wajah berfungsi untuk melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi. Indikasi pemakaian goggle dan perisai wajah antara lain pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasi laundry, di ruang dekontaminasi CSSD. Goggle dan perisai wajah harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata.



**Gambar 6. 13 Goggle dan Perisai Wajah**

Sumber: [www.orientmedicare.com](http://www.orientmedicare.com)

Cara penggunaan goggles:

- Pastikan tangan telah dibersihkan sebelum menyentuh goggles
- Periksa kondisi goggles yang akan digunakan apabila terdapat kerusakan maka goggles tidak dapat digunakan
- Letakan tali pengikat goggles ke sisi belakang kepala
- Letakan bingkai goggles menutupi mata
- Kencangkan tali pengikat sehingga membentuk sambungan yang rata antara bingkai dan kulit wajah
- Pastikan goggles sudah terpasang dengan baik, tidak longgar atau goyang.

Kriteria melepaskan:

- Jika kacamata terkontaminasi cipratan bahan kimia, bahan infeksius, atau cairan tubuh
- Jika kacamata mengganggu keselamatan tenaga kesehatan atau menghalangi tenaga kesehatan melihat lingkungan.

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.

Pemrosesan kembali

- Bersihkan kacamata dengan sabun/detergen dan air bersih kemudian disinfeksi dengan larutan natrium hipoklorit 0,1% (kemudian bilas dengan air bersih) atau seka alkohol 70%.
- Kacamata dapat langsung dibersihkan setelah dilepas dan tangan dicuci atau ditempatkan di wadah tertutup khusus untuk dibersihkan dan di disinfeksi
- Pastikan pembersihan kacamata dilakukan di atas permukaan yang bersih dengan cara mendesinfeksi permukaan sebelum membersihkan kacamata.
- Waktu kontak yang cukup dengan disinfektan (misalnya, 10 menit jika menggunakan natrium hipoklorit 0,1%) harus dipenuhi sebelum kacamata digunakan ulang. Setelah pembersihan dan disinfeksi, kacamata harus disimpan di area yang bersih untuk menghindari kontaminasi kembali.

## 5. Sepatu pelindung

Sepatu Boot atau sepatu pelindung (Safety Shoes) dapat terbuat dari karet atau bahan tahan air atau bisa dilapisi dengan kain tahan air, merupakan alat pelindung kaki dari percikan cairan infeksius pasien selama melakukan perawatan. Sepatu pelindung harus menutup seluruh kaki bahkan bisa sampai betis apabila gaun yang digunakan tidak mampu menutup sampai kebawah.

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 dan ruang dekontaminasi CSSD.



**Gambar 6. 14 Shoe covers**

Sumber: <https://www.praxisdienst.com/>



**Gambar 6. 15 Sepatu Boot**

Sumber: <https://www.praxisdienst.com/>

## 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, dan Pembersihan peralatan kesehatan.



**Gambar 6. 16 Topi Pelindung**

Sumber: [homecare24.id](http://homecare24.id)

### **Bekerja di Ruang Isolasi**

Isolasi adalah segala usaha pencegahan penularan/penyebaran kuman pathogen dari sumber infeksi (petugas, pasien, pengunjung) ke orang lain. Sesuai dengan rekomendasi WHO dan CDC tentang kewaspadaan isolasi untuk pasien dengan penyakit infeksi airborne yang berbahaya seperti H5N1, kewaspadaan yang diperlukan meliputi:

- a. Kewaspadaan standar: Perhatikan kebersihan tangan dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien maupun alat-alat yang terkontaminasi secret pernapasan.
- b. Kewaspadaan kontak: Gunakan sarung tangan dan gaun pelindung selama kontak dengan pasien - Gunakan peralatan terpisah untuk setiap pasien, seperti stetoskop, termometer, tensimeter, dan lain-lain.
- c. Perlindungan mata: Gunakan kaca pelindung atau pelindung muka, apabila berada pada jarak 1 meter dari pasien.
- d. Kewaspadaan airborne: Tempatkan pasien di ruang isolasi airborne, gunakan masker N95 bila memasuki ruang isolasi

Ruang lingkup penggunaan kamar isolasi diterapkan kepada semua pasien rawat inap yang mengidap penyakit infeksi yang menular yang dianggap mudah menular dan berbahaya. Prinsip yang diterapkan, antara lain:

- a. Setiap pasien dengan penyakit infeksi menular dan dianggap berbahaya dirawat di ruang terpisah dari pasien lainnya yang mengidap penyakit bukan infeksi.
- b. Penggunaan alat pelindung diri (APD) diterapkan kepada setiap pengunjung dan petugas kesehatan terhadap pasien yang dirawat di kamar isolasi
- c. Pasien yang rentan infeksi seperti pasien luka bakar, pasien dengan penurunan system imun dikarenakan pengobatan atau penyakitnya, dirawat di ruang (terpisah) isolasi rumah sakit
- d. Pasien yang tidak termasuk kriteria di atas dirawat di ruang rawat biasa
- e. Pasien yang dirawat di ruang isolasi, dapat dipindahkan ke ruang rawat inap biasa apabila telah dinyatakan bebas dari penyakit atau menurut petunjuk dokter penanggung jawab pasien.

Syarat kamar isolasi

- Lingkungan harus tenang
- Sirkulasi udara harus baik
- Penerangan harus cukup baik
- Bentuk ruangan sedemikian rupa sehingga memudahkan untuk observasi pasien dan pembersihannya
- Tersedianya toilet dan kamar mandi
- Kebersihan lingkungan harus dijaga
- Tempat sampah harus tertutup
- Bebas dari serangga
- Tempat alat tenun kotor harus ditutup
- Urinal dan pispot untuk pasien harus dicuci dengan memakai disinfektan

Ruang perawatan isolasi ideal terdiri dari:

- Ruang ganti umum
- Ruang bersih dalam
- Stasi perawat
- Ruang rawat pasien
- Ruang dekontaminasi
- Kamar mandi petugas

Kriteria ruang perawatan isolasi ketat yang ideal:

a. Perawatan isolasi (isolation room)

- Zona pajanan primer /pajanan tinggi
- Pengkondisian udara masuk dengan open circulation system
- Pengkondisian udara keluar melalui vaccum luminar air suction system
- Air sterilizer system dengan burning dan filter
- Modular minimal= 3 x 3 m<sup>2</sup>

Ruang kamar mandi perawatan isolasi (isolation rest room)

- Zona pajanan sekunder /pajanan sedang
- Pengkondisian udara masuk dengan open circulation system
- Pengkondisian udara keluar melalui vaccum luminar air suction system
- Modular minimal= 1,50 x 2,50 m<sup>2</sup>

Ruang bersih dalam (ante room/foyer air lock)

- Zona pajanan sekunder /pajanan sedang
- Pengkondisian udara masuk dengan AC open circulation system
- Pengkondisian udara keluar ke arah inlet saluran buang ruang rawat isolasi
- Modular minimal= 3 x 2,50 m<sup>2</sup>

Area sirkulasi (circulation corridor)

- Zona pajanan tersier /pajanan rendah/ tidak terpajan
- Pengkondisian udara masuk dengan AC open circulation system
- Pengkondisian udara keluar dengan system exhauster
- Modular minimal= 2,40 m

Ruang stasi perawat (nurse station)

- Zona pajanan tersier /pajanan rendah/tidak terpajan
- Pengkondisian udara masuk dengan AC open circulation system
- Pengkondisian udara keluar dengan system exhauster
- Modular minimal= 2 x 1,5 m<sup>2</sup> / petugas (termasuk alat)

Syarat petugas yang bekerja di kamar isolasi

- Cuci tangan sebelum meninggalkan kamar isolasi
- Lepaskan barrier nursing sebelum keluar kamar isolasi
- Berbicara seperlunya
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien

- Menggunakan barrier nursing seperti pakaian khusus, topi, masker, sarung tangan dan sandal khusus
- Cuci tangan sebelum masuk kamar isolasi
- Kuku harus pendek
- Tidak memakai perhiasan
- Pakaian rapi dan bersih
- Mengetahui prinsip aseptik/antiseptic
- Harus sehat

#### Alat-alat

- Alat-alat yang dibutuhkan cukup tersedia
- Selalu dalam keadaan steril
- Dari bahan yang mudah dibersihkan
- Alat suntik bekas dibuang pada tempat tertutup dan dimusnahkan
- Alat yang tidak habis pakai dicuci dan disterilkan kembali
- Alat tenun bekas dimasukkan dalam tempat tertutup

#### Prosedur keluar ruang perawatan isolasi

- Perlu disediakan ruang ganti khusus untuk melepaskan alat perlindungan diri (APD)
- Pakaian bedah/masker tetap dipakai
- Lepaskan pakaian bedah dan masker di ruang ganti pakaian umum, masukkan dalam kantong binatu berlabel infeksius
- Mandi dan cuci rambut (keramas)
- Sesudah mandi kenakan pakaian biasa
- Pintu keluar dari ruang perawatan isolasi harus terpisah dari pintu masuk

### **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:

- Melalui kontak
- Melalui droplet
- Melalui udara (Airborne Precautions)
- Melalui common vehicle (makanan, air, obat, alat, peralatan)
- Melalui vektor (lalat, nyamuk, tikus)

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

### 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.

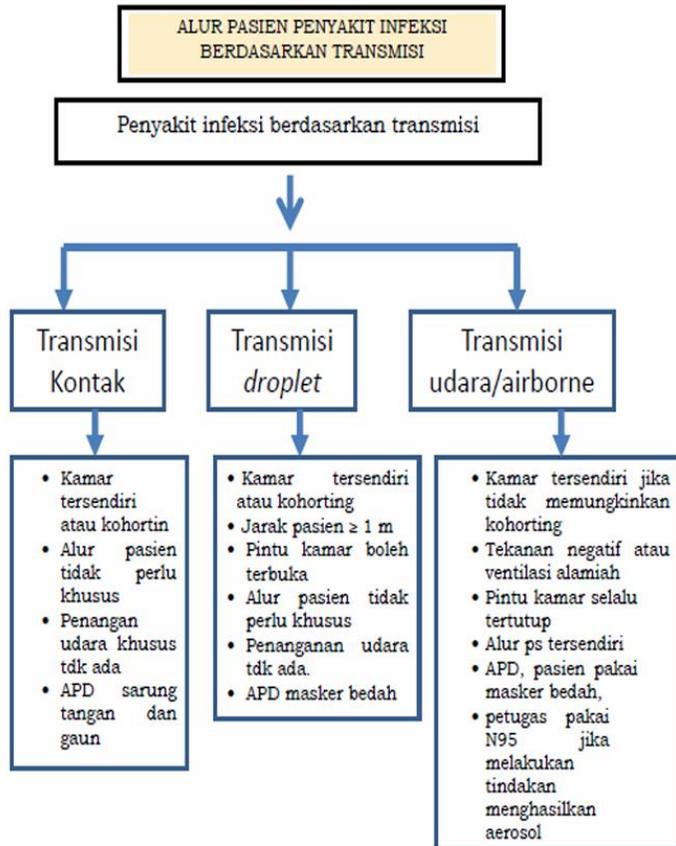
- a. Kontak langsung meliputi kontak dengan permukaan kulit yang terbuka dengan kulit terinfeksi atau kolonisasi. Misalnya pada saat petugas membalikkan tubuh pasien, memandikan, membantu pasien bergerak, mengganti perban, merawat oral pasien Herpes Simplex Virus (HSV) tanpa sarung tangan.
- b. Transmisi kontak tidak langsung adalah kontak dengan cairan sekresi pasien terinfeksi yang ditransmisikan melalui tangan petugas yang belum dicuci atau benda mati di lingkungan 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 (hand hygiene).
- 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 droplet terjadi ketika partikel droplet berukuran  $>5 \mu\text{m}$  yang dikeluarkan pada saat batuk, bersin, muntah, bicara, selama prosedur suction, bronkoskopi, 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 masker 4 lapis atau yang mengandung pembunuh kuman (*germ decontaminator*). Jenis transmisi percikan ini dapat terjadi pada kasus antara lain common cold, respiratory syncytial virus (RSV), Adenovirus, H5N1, H1N1.

### 3. Kewaspadaan Transmisi Melalui Udara (*Air-Borne Precautions*)

Transmisi melalui udara secara epidemiologi dapat terjadi bila seseorang menghirup percikan partikel nuklei yang berdiameter  $1-5 \mu\text{m}$  ( $<5 \mu\text{m}$ ) yang mengandung mikroba penyebab infeksi. Mikroba tersebut akan terbawa aliran udara  $>2 \text{ m}$  dari sumber, dapat terhirup oleh individu rentan di ruang yang sama atau yang jauh dari sumber mikroba. Penting mengupayakan pertukaran udara  $>12 \text{ x/jam}$  ( $12 \text{ Air Changes per Hour/ACH}$ ).



**Gambar 6. 17 Alur Pasien Penyakit Infeksi Berdasarkan Transmisi**

### **Cara Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan dengan Bundles HAI**

Bundles merupakan sekumpulan praktik berbasis bukti sahih yang menghasilkan perbaikan keluaran poses pelayanan kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten. Berikut bundles terhadap 4 (empat) risiko infeksi yang dapat menyebabkan peningkatan morbiditas, mortalitas dan beban pembiayaan.

1. *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)

*Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) merupakan infeksi pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pemakaian ventilasi mekanik baik pipa endotracheal maupun tracheostomi. Beberapa tanda infeksi berdasarkan penilaian klinis pada pasien VAP yaitu demam, takikardi, batuk, perubahan warna sputum. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan peningkatan jumlah leukosit dalam darah dan pada rontgent didapatkan gambaran infiltrat baru atau persisten. Adapun diagnosis VAP ditentukan berdasarkan tiga komponen tanda infeksi sistemik yaitu demam,

takikardi dan leukositosis yang disertai dengan gambaran infiltrat baru ataupun perburukan di foto toraks dan penemuan bakteri penyebab infeksi paru. Bundles pada pencegahan dan Pengendalian VAP sebagai berikut:

- Membersihkan tangan setiap akan melakukan kegiatan terhadap pasien yaitu dengan menggunakan lima momen kebersihan tangan.
- Posisikan tempat tidur antara 30-45<sup>o</sup> bila tidak ada kontra indikasi misalnya trauma kepala ataupun cedera tulang belakang.
- Menjaga kebersihan mulut atau oral hygiene setiap 2-4 jam dengan menggunakan bahan dasar anti septik clorhexidine 0,02% dan dilakukan gosok gigi setiap 12 jam untuk mencegah timbulnya flaque pada gigi karena flaque merupakan media tumbuh kembang bakteri patogen yang pada akhirnya akan masuk ke dalam paru pasien.
- Manajemen sekresi oroparingeal dan trakeal yaitu:
  - o Suctioning bila dibutuhkan saja dengan memperhatikan teknik aseptik bila harus melakukan tindakan tersebut.
  - o Petugas yang melakukan suctioning pada pasien yang terpasang ventilator menggunakan alat pelindung diri (APD).
  - o Gunakan kateter suction sekali pakai.
  - o Tidak sering membuka selang/tubing ventilator.
  - o Perhatikan kelembaban pada humidifire ventilator.
  - o *Tubing ventilator* diganti bila kotor.
- Melakukan pengkajian setiap hari ‘sedasi dan extubasi’:
  - o Melakukan pengkajian penggunaan obat sedasi dan dosis obat tersebut.
  - o Melakukan pengkajian secara rutin akan respon pasien terhadap penggunaan obat sedasi tersebut. Bangunkan pasien setiap hari dan menilai responnya untuk melihat apakah sudah dapat dilakukan penyapihan modus pemberian ventilasi.
- Peptic ulcer disease Prophylaxis diberikan pada pasien-pasien dengan risiko tinggi.
- Berikan Deep Vein Trombosis (DVT) Prophylaxis.

## 2. Infeksi Aliran Darah (IAD)

Infeksi Aliran Darah (*Blood Stream Infection/BSI*) dapat terjadi pada pasien yang menggunakan alat sentral intra vaskuler (CVC Line) setelah 48 jam dan ditemukan tanda atau gejala infeksi yang dibuktikan dengan hasil kultur positif bakteri patogen yang tidak berhubungan dengan infeksi pada organ tubuh yang lain dan

bukan infeksi sekunder, dan disebut sebagai *Central Line Associated Blood Stream Infection (CLABSI)*.

Bundles mencegah Infeksi Aliran Darah (IAD), sebagai berikut:

- Melakukan prosedur kebersihan tangan dengan menggunakan sabun dan air atau cairan antiseptik berbasis alkohol.
- Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)
- Antiseptik Kulit
- Pemilihan lokasi insersi kateter
- Observasi rutin kateter vena sentral setiap hari

### 3. Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Bundles Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Kemih:

- Pemasangan urine kateter digunakan hanya sesuai indikasi Pemasangan kateter urine digunakan hanya sesuai indikasi yang sangat diperlukan seperti adanya retensi urine, obstruksi kandung kemih, tindakan operasi tertentu, pasien bedrest, monitoring urine out put. jika masih dapat dilakukan tindakan lain maka pertimbangkan untuk pemakaian kondom atau pemasangan intermitten. Lepaskan kateter urine sesegera mungkin jika sudah tidak sesuai indikasi lagi.
- Lakukan kebersihan tangan. Kebersihan tangan dilakukan dengan mematuhi 6 (enam) langkah melakukan kebersihan tangan, untuk mencegah terjadi kontaminasi silang dari tangan petugas saat melakukan pemasangan urine kateter.
- Teknik insersi. Teknik aseptik perlu dilakukan untuk mencegah kontaminasi bakteri pada saat pemasangan kateter dan gunakan peralatan steril dan sekali pakai pada peralatan kesehatan sesuai ketentuan. Sebaiknya pemasangan urine kateter dilakukan oleh orang yang ahli atau terampil.
- Pengambilan spesimen. Gunakan sarung tangan steril dengan tehnik aseptik. Permukaan selang kateter swab alkohol kemudian tusuk kateter dengan jarum suntik untuk pengambilan sample urine (jangan membuka kateter untuk mengambil sample urine), jangan mengambilsample urine dari urine bag. Pengambilan sample urine dengan indwelling kateter diambil hanya bila ada indikasi klinis.
- Pemeliharaan kateter urine Pasien dengan menggunakan kateter urine seharus dilakukan perawatan kateter dengan mempertahankan kesterilan sistim drainase tertutup, lakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah memanipulasi kateter, hindari sedikit mungkin melakukan buka tutup urine

kateter karena akan menyebabkan masuknya bakteri, hindari meletakkannya di lantai, kosongkan urine bag secara teratur dan hindari kontaminasi bakteri. Menjaga posisi urine bag lebih rendah dari pada kandung kemih, hindari irigasi rutin, lakukan perawatan meatus dan jika terjadi kerusakan atau kebocoran pada kateter lakukan perbaikan dengan tehnik aseptik.

- Melepaskan kateter. Sebelum membuka kateter urine keluarkan cairan dari balon terlebih dahulu, pastikan balon sudah mengempes sebelum ditarik untuk mencegah trauma, tunggu selama 30 detik dan biarkan cairan mengalir mengikuti gaya gravitasi sebelum menarik kateter untuk dilepaskan.

#### 4. Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Pengendalian Infeksi Daerah Operasi (IDO) atau Surgical Site Infections (SSI) adalah suatu cara yang dilakukan untuk mencegah dan mengendalikan kejadian infeksi setelah tindakan operasi. Paling banyak infeksi daerah operasi bersumber dari patogen flora endogenous kulit pasien, membrane mukosa. Bila membrane mukosa atau kulit di insisi, jaringan tereksposur risiko dengan flora endogenous. Selain itu terdapat sumber exogenous dari infeksi daerah operasi. Pencegahan infeksi daerah operasi terdiri dari pencegahan infeksi sebelum operasi (pra bedah), pencegahan infeksi selama operasi dan pencegahan infeksi setelah operasi. Selain pencegahan infeksi daerah operasi, pencegahan infeksi dapat di lakukan dengan penerapan bundles IDO yaitu:

- Pencukuran rambut, dilakukan jika mengganggu jalannya operasi dan dilakukan sesegera mungkin sebelum tindakan operasi.
- Antibiotika profilaksis, diberikan satu jam sebelum tindakan operasi dan sesuai dengan empirik.
- Temperatur tubuh, harus dalam kondisi normal.
- Kadar gula darah, pertahankan kadar gula darah normal.

### **B. Keterampilan Mengurangi Risiko Infeksi akibat Perawatan Kesehatan**

#### **1. Prosedur Kebersihan Tangan dengan Handrub**

Membersihkan tangan dengan menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol untuk menghilangkan kotoran dan/atau mikroorganisme ditangan. Prosedur kebersihan tangan dengan handrub, yaitu:

- Tuangkan 3-5 cc handrub ke telapak tangan
- Gosok kedua telapak tangan hingga merata
- Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kanan dan kiri
- Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari

- Putar jari-jari sisi dalam dari kedua tangan dengan posisi saling mengunci
- Gosok ibu jari berputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya
- Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya

## 2. Prosedur Kebersihan Tangan dengan Sabun dan Air Mengalir

Membersihkan tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir untuk menghilangkan kotoran dan/atau mikroorganisme di tangan bertujuan untuk mencegah risiko infeksi dan menurunkan tingkat infeksi. Prosedur kebersihan tangan dengan sabun dan air mengalir, yaitu:

- Basahi tangan dengan air bersih yang mengalir
- Tuangkan sabun cair 3-5 cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan tangan
- Gosok kedua telapak tangan hingga merata
- Gosok punggung tangan dan sela-sela jari tangan kiri dan kanan
- Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
- Putar jari-jari sisi dalam dari kedua tangan dengan posisi saling mengunci
- Gosok ibu jari berputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya
- Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
- Bilas kedua tangan dengan air mengalir
- Keringkan tangan dengan handuk atau tisu sekali pakai
- Gunakan handuk atau tisu untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar.

## 3. Prosedur Pemasangan Alat Pelindung Diri: Coverall

Memasang coverall melindungi diri dari cedera atau penyakit akibat kontak dengan bahaya (hazards) di tempat kerja.

- Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
  - o Sarung tangan bersih
  - o Sarung tangan panjang
  - o *Cover all*
  - o Apron kedap air
  - o Masker N95
  - o Pelindung wajah (*face shield*) atau kaca mata (*google*)
  - o Sepatu boot

- Lepaskan semua barang-barang pribadi (seperti perhiasan, jam tangan, gelang, telepon genggam)
- Pakai baju scrub
- Pasang masker N95 dan pastikan terpasang dengan erat dan nyaman
- Pasang pelindung wajah (face shield) atau kacamata pelindung dengan erat.
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah dengan cairan antiseptik berbasis alkohol
- Gunakan coverall hingga menutupi seluruh tubuh mulai dari kepala hingga kaki
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah dengan handrub
- Pasang sarung tangan bersih dengan posisi dimasukkan ke dalam lengan baju coverall
- Pasang sarung tangan panjang untuk menutupi seluruh permukaan tangan di atas coverall.

#### **4. Prosedur Pemasangan Alat Pelindung Diri: Gown**

Memasang jubah (gown) untuk melindungi diri dari cedera atau penyakit akibat kontak dengan bahaya (hazards) di tempat kerja.

- Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
  - o Sarung tangan bersih
  - o Gaun (gown)
  - o Masker bedah
  - o Pelindung wajah (face shield) atau kacamata (google)
  - o Sepatu tertutup
- Lepaskan semua barang-barang pribadi (seperti perhiasan, jam tangan, gelang, telepon genggam)
- Pakai baju scrub also baju kerja dan sepatu tertutup
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah dengan handrub
- Gunakan gown
- Pasang masker bedah dan pastikan terpasang dengan benar (menutupi mulut dan hidung)
- Pasang pelindung wajah (face shield) atau kacamata pelindung (google) dengan erat
- Pasang penutup kepala
- Pasang sarung tangan bersih

## 5. Prosedur Pelepasan Alat Pelindung Diri: Coverall

Melepas coverall untuk melindungi diri dari cedera atau penyakit akibat kontak dengan bahaya (hazards) di tempat kerja.

- Pastikan tersedia tempat limbah infeksius yang aman pada area pelepasan dan pembuangan APD
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah pada sarung tangan
- Lepaskan apron dengan tubuh condong ke depan dan hati-hati untuk menghindari kontaminasi tangan
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah pada sarung tangan
- Lepaskan penutup kepala dan leher dengan hati-hati untuk menghindari kontaminasi wajah
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah pada sarung tangan
- Lepaskan coverall dan sarung tangan terluar
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah pada sarung tangan
- Lepaskan pelindung mata dengan menarik tali dari belakang kepala dan letakkan dengan aman
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah pada sarung tangan
- Lepaskan masker dari belakang kepala dengan terlebih dahulu melepaskan tali bagian bawah ke alas kepala dan biarkan menggantung di depan, lalu lepaskan tali bagian atas dari bagian belakang kepala dan buang dengan aman
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah pada sarung tangan
- Lepaskan sepatu boot karet tanpa menyentuh (atau buka sepatu jika memakai sepatu). Jika sepatu boot yang sama akan digunakan di luar pada area risiko tinggi, tetap gunakan tetapi bersihkan dan dekontaminasi secara benar sebelum meninggalkan area pelepasan.
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah pada sarung tangan
- Lepaskan sarung tangan secara hati-hati dengan teknik yang tepat dan buang dengan aman
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah.

## 6. Prosedur Pelepasan Alat Pelindung Diri: Gown

Melepas jubah/gown untuk melindungi diri dari cedera atau penyakit akibat kontak dengan bahaya (hazards) di tempat kerja.

- Pastikan tersedia tempat limbah infeksius yang aman pada area pelepasan dan pembuangan APD

- Lepaskan sarung tangan dengan hati-hati dan buang ke tempat limbah Infeksius
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah dengan handrub
- Lepaskan gown dengan melepas ikatan terlebih dahulu, lalu tarik dari belakang ke depan dengan menggulung dari bagian dalam ke arah bawah dan buang ke tempat limbah infeksius
- Lakukan kebersihan tangan pada sarung tangan
- Lepaskan pelindung mata dengan menarik tali dari belakang ke depan dan buang dengan aman
- Buka face shield atau google dengan hati-hati dan tempatkan ke wadah infeksius
- Buka masker bedah dan buang ke tempat limbah infeksius
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah dengan air mengalir dan sabun.

## 7. Prosedur Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi didefinisikan menurunkan risiko terpapar organisme patogenik pada pasien dengan diagnosis keperawatan Risiko Infeksi. Prosedur yang dilakukan adalah:

- Identifikasi pasien menggunakan minimal dua Identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
- Jelaskan tujuan dan langkah langkah prosedur
- Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
  - o Sarung tangan bersih
  - o Handrub atau hand soap
  - o Hand towel atau tisu
  - o Alat pelindung diri sesuai kebutuhan (seperti topi pelindung, masker, apron atau jubah)
  - o Tempat sampah
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Pasang sarung tangan bersih
- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- Batasi jumlah pengunjung
- Lakukan perawatan kulit jika ada risiko gangguan integritas kulit
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien dengan risiko tinggi
- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

- Ajarkan etika batuk
- Ajarkan cara memeriksa tanda dan gejala infeksi pada luka
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- Lepaskan sarung tangan
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien.

### C. Rangkuman

“HAIs” (*Healthcare-Associated Infections*), 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. Jenis HAIs yang paling sering terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit mencakup: *Ventilator associated pneumonia* (VAP), Infeksi Aliran Darah (IAD), Infeksi Saluran Kemih (ISK), dan Infeksi Daerah Operasi (IDO). Faktor Risiko HAIs meliputi umur, status imun yang rendah atau terganggu, gangguan/Interupsi barier anatomis, implantasi benda asing, dan perubahan mikroflora normal. Faktor risiko terkait umur, neonatus dan orang lanjut usia lebih rentan. Status imun yang rendah/terganggu (*immuno compromised*), seperti pada penderita dengan penyakit kronik, penderita tumor ganas, pengguna obat-obat immunosupresan.

PMK nomor 27 tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan mengharuskan setiap fasilitas pelayanan kesehatan melaksanakan PPI. PPI dilaksanakan melalui penerapan 1) prinsip kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi; 2) penggunaan antimikroba secara bijak; dan 3) *bundles*. Bundles merupakan sekumpulan praktik berbasis bukti sah yang menghasilkan perbaikan keluaran poses pelayanan kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten.

#### D. Asesmen Pembelajaran

1. Seorang perawat bertugas di poliklinik rawat jalan untuk penyakit infeksius. Dalam menjalankan tugasnya perawat tersebut selalu menggunakan APD sesuai ketentuan dan selalu menerapkan five moment hand-hygiene serta selalu bersikap caring dalam melayani pasien. Sikap yang ditunjukkan perawat tersebut mencerminkan...
  - A. Bekerja sesuai dengan hati nurani
  - B. Menunjukkan rasa empati terhadap penyakit pasien
  - C. Menjaga keselamatan pasien
  - D. Mematuhi standar pelayanan dan SOP yang ditetapkan
  - E. Melakukan pekerjaan sesuai kompetensi
2. Seorang perawat yang baru pulang pelatihan tentang manajemen pasien isolasi ditugaskan langsung di ruang isolasi untuk merawat pasien dengan penyakit autoimun. Kondisi penyakit pasien tersebut dapat meningkatkan terjadinya infeksi akibat perawatan kesehatan. Tindakan apakah yang dapat dilakukan perawat untuk menjamin keselamatan pasien tersebut?
  - A. Selalu mengidentifikasi pasien dengan benar setiap akan melakukan tindakan
  - B. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
  - C. Meningkatkan komunikasi yang efektif dengan pasien
  - D. Menjelaskan kepada pasien prosedur untuk meningkatkan imunitas
  - E. Mendampingi pasien untuk mencegah risiko jatuh pada pasien
3. Seorang pasien dirawat di rumah sakit dengan keluhan sesak nafas karena asma. Setelah menjalani perawatan keluhan pasien bertambah, yaitu pasien mengeluh batuk sepanjang malam dan keringat dingin serta demam. Setelah dilakukan pengkajian ternyata sebelumnya pasien kontak dengan pasien lain yang dirawat karena TBC. Apakah transmisi penularan infeksi tersebut?
  - A. Droplet
  - B. Vektor borne
  - C. Air borne
  - D. Water borne
  - E. Vehicle borne
4. Upaya rumah sakit untuk melindungi tenaga kesehatan, pasien dan masyarakat dari penyakit infeksi yang terkait pelayanan kesehatan telah diatur dalam

peraturan menteri kesehatan. Dalam peraturan tersebut rumah sakit melakukan upaya pencegahan infeksi yang disebut dengan

- A. Pencegahan dan pengendalian infeksi
  - B. Program pelayanan penyakit infeksius
  - C. Pencegahan penyakit menular
  - D. Pencegahan penyakit kronis
  - E. Pengendalian penyakit tropis
5. Apakah tindakan keperawatan yang dapat mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan petugas kesehatan ?
- A. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
  - B. Memberikan obat antibiotik dengan benar
  - C. Menjaga kesterilan alat pembedahan
  - D. Menggunakan baju khusus untuk operasi
  - E. Menggunakan prinsip septik dan aseptik ketika melakukan perawatan luka

## BAB VII

### RISIKO JATUH

#### Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tentang risiko pasien cedera akibat jatuh.
2. Menejelaskan cara menilai pasien risiko jatuh.
3. Mendemonstrasikan penilaian risiko jatuh pada pasien.

#### A. Menurunkan Risiko Pasien Cedera akibat Jatuh

Jatuh adalah suatu peristiwa di mana seseorang mengalami jatuh dengan atau tanpa disaksikan oleh orang lain, tidak disengaja/ tidak direncanakan, dengan arah jatuh ke lantai, dengan atau tanpamencederai dirinya. Penyebab jatuh dapat meliputi faktor fisiologis (pingsan) atau lingkungan (lantai yang licin). Risiko jatuh adalah pasien yang berisiko untuk jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera.

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.

Tujuan dari kebijakan mengurangi risiko cedera karena jatuh adalah:

- 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.

Faktor risiko jatuh dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori:

- a. Intrinsik : berhubungan dengan kondisi pasien, termasuk kondisi psikologis.
- b. Ekstrinsik : berhubungan dengan lingkungan

Selain itu faktor risiko juga dapat dikelompokkan menjadi kategori dapat diperkirakan (*anticipated*) dan tidak dapat diperkirakan (*unanticipated*). Faktor risiko yang dapat diperkirakan merupakan hal-hal yang diperkirakan dapat terjadi sebelum pasien jatuh.

**Tabel 7. 1 Faktor Intrinsik dan Ekstrinsik Risiko Jatuh**

	<b>Intrinsik (berhubungan dengan kondisi pasien)</b>	<b>Ekstrinsik (berhubungan dengan lingkungan)</b>
Dapat diperkirakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riwayat jatuh sebelumnya</li> <li>2. Inkontinensia</li> <li>3. Gangguan kognitif/psikologis</li> <li>4. Gangguan keseimbangan/mobilitas</li> <li>5. Usia &gt; 65 tahun</li> <li>6. Osteoporosis</li> <li>7. Status kesehatan yang buruk</li> <li>8. Gangguan moskuloskeletal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lantai basah/silau, ruang berantakan, pencahayaan kurang, kabel longgar/lepas</li> <li>2. Alas kaki tidak pas</li> <li>3. Dudukan toilet yang rendah</li> <li>4. Kursi atau tempat tidur beroda</li> <li>5. Rawat inap berkepanjangan</li> <li>6. Peralatan yang tidak aman</li> <li>7. Peralatan rusak</li> <li>8. Tempat tidur ditinggalkan dalam posisi tinggi</li> </ol>
Tidak dapat diperkirakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejang</li> <li>2. Aritmia jantung</li> <li>3. Stroke atau serangan iskemik sementara (Transient Ischaemic Attack-TIA)</li> <li>4. Pingsan</li> <li>5. Serangan jatuh (<i>Drop Attack</i>)</li> <li>6. Penyakit Kronis</li> </ol>	<p>Reaksi individu terhadap obat- obatan</p>

Menurut *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, upaya-upaya untuk mengurangi terjadinya kejadian pasien terjatuh di rumah sakit, yaitu:

1. Membiasakan pasien dengan lingkungan sekitarnya.

2. Menunjukkan pada pasien alat bantu panggilan darurat.
3. Posisikan alat bantu panggil darurat dalam jangkauan.
4. Posisikan barang-barang pribadi dalam jangkauan pasien.
5. Menyediakan pegangan tangan yang kokoh di kamar mandi, kamar dan lorong.
6. Posisikan sandaran tempat tidur di posisi rendah ketika pasien sedang beristirahat, dan posisikan sandaran tempat tidur yang nyaman ketika pasien tidak tidur.
7. Posisikan rem tempat tidur terkunci pada saat berada di bangsal rumah sakit.
8. Menjaga roda kursi roda di posisi terkunci ketika stasioner.
9. Gunakan alas kaki yang nyaman, baik, dan tepat pada pasien.
10. Gunakan lampu malam hari atau pencahayaan tambahan.
11. Kondisikan permukaan lantai bersih dan kering. Bersihkan semua tumpahan.
12. Kondisikan daerah perawatan pasien rapi.
13. Ikuti praktek yang aman ketika membantu pasien pada saat akan ke tempat tidur dan meninggalkan tempat tidur.

#### Assessment Risiko Jatuh

1. Memonitor pasien sejak masuk
2. Memonitor dengan ketat pada pasien yang mempunyai risiko tinggi: memberikan tanda/ alert ( sesuai warna universal )
3. Libatkan pasien atau keluarga dalam upaya pencegahan risiko jatuh
4. Laporan peristiwa pasien jatuh

#### Intervensi Pencegahan Jatuh

Pasien yang menjalani rawat inap, pentatalaksanaan pasien dengan risiko jatuh dilaksanakan oleh Perawat penanggung jawab pelayanan (PPP). PPP akan mengidentifikasi dan menerapkan “Prosedur Pencegahan Jatuh” berdasarkan pada: Kategori risiko jatuh (rendah, sedang, tinggi); Kebutuhan dan keterbatasan setiap pasien; Riwayat jatuh sebelumnya dan penggunaan alat pengaman (safety devices); Asesmen klinis harian. Rumah sakit mempunyai kebijakan masing-masing terkait dengan bentuk intervensi yang dilakukan dari hasil pengkajian risiko jatuh. Sebagai contoh di RSUD Mohammad Natsir mempunyai intervensi sebagai berikut (RSUD Mohammad Natsir, 2022) :

##### 1. Tindakan pencegahan umum (untuk semua kategori) :

- a. Lakukan orientasi kamar inap kepada pasien
- b. Posisikan tempat tidur serendah mungkin, roda terkunci, kedua sisi pegangan tempat tidur terpasang dengan baik

- c. Ruang rapi
- d. Benda-benda pribadi berada dalam jangkauan (telepon genggam, tombol panggilan, air minum, kacamata)
- e. Pencahayaan yang adekuat (d disesuaikan dengan kebutuhan pasien)
- f. Alat bantu berada dalam jangkauan (tongkat, alat penopang)
- g. Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar (pastikan bersih dan berfungsi)
- h. Pantau efek obat-obatan
- i. Anjuran ke kamar mandi secara rutin
- j. Sediakan dukungan emosional dan psikologis
- k. Beri edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga

## 2. Kategori Risiko Tinggi

Lakukan tindakan pencegahan umum dan hal-hal berikut ini:

- a. Pasangkan label penanda risiko jatuh dengan posisi dapat terlihat oleh petugas
- b. Beri penanda berupa gelang berwarna kuning di pergelangan tangan pasien
- c. Tawarkan bantuan ke kamar mandi/penggunaan pispot setiap 2 jam (saat pasien bangun) dan secara periodik (saat malam hari)
- d. Kunjungi dan amati pasien setiap 2 jam oleh petugas medis
- e. Nilai kebutuhan akan:
  - Fisioterapi dan terapi okupasi
  - Alarm tempat tidur
  - Tempat tidur rendah (khusus)
  - Usahakan lokasi kamar tidur berdekatan dengan nurse station.

## Strategi Rencana Keperawatan

### 1. Strategi umum untuk pasien risiko jatuh yaitu:

- a. Tawarkan bantuan ke kamar mandi setiap 2 jam sekali (saat pasien bangun)
- b. Gunakan 2-3 sisi pegangan tempat tidur
- c. Lampu panggilan berada dalam jangkauan, perintahkan pasien untuk mendemostrasikan penggunaan lampu panggilan
- d. Jangan ragu untuk meminta bantuan
- e. Barang-barang pribadi berada dalam jangkauan
- f. Adakan konferensi multidisiplin mingguan dengan partisipasi tim keperawatan

- g. Rujuk ke departemen yang sesuai untuk asesmen yang lebih spesifik, misalnya fisioterapi
  - h. Anjurkan pasien menggunakan sisi tubuh yang lebih kuat saat hendak turun dari tempat tidur
- 2. Strategi untuk mengurangi/mengantisipasi kejadian jatuh fisiologis, yaitu:**
- a. Berikan orientasi kamar tidur kepada pasien
  - b. Libatkan pasien dalam pemilihan aktivitas sehari-harinya
  - c. Pantau ketat efek obat-obatan, termasuk obat psikotropika
  - d. Kurangi suara berisik
  - e. Lakukan asesmen ulang
  - f. Sediakan dukungan emosional dan psikologis
- 3. Strategi pada faktor lingkungan untuk mengurangi risiko jatuh yaitu:**
- a. Lampu panggilan berada dalam jangkauan
  - b. Posisi tempat tidur rendah
  - c. Lantai tidak silau/memantul dan tidak licin
  - d. Pencahayaan yang adekuat
  - e. Ruang rapi
  - f. Sarana toilet dekat dengan pasien
- 4. Manajemen setelah kejadian jatuh**
- a. Nilai apakah terdapat cedera akibat jatuh (abrasi, kontusio, laserasi, fraktur, cedera kepala)
  - b. Nilai tanda vital
  - c. Nilai adanya keterbatasan gerak
  - d. Pantau pasien dengan ketat
  - e. Catat dalam status pasien (rekam medis)
  - f. Laporkan kejadian jatuh kepada perawat yang bertugas dan lengkapi lampiran insiden
  - g. Modifikasi rencana keperawatan interdisiplin sesuai dengan kondisi pasien
- 5. Edukasi pasien/keluarga**
- Pasien dan keluarga harus diinformasikan mengenai faktor risiko jatuh dan setuju untuk mengikuti strategi pencegahan jatuh yang telah ditetapkan. Pasien dan keluarga harus diberikan edukasi mengenai faktor risiko jatuh di lingkungan rumah sakit dan melanjutkan keikutsertaannya sepanjang keperawatan pasien
- a. Informasikan pasien dan keluarga dalam semua aktivitas sebelum memulai penggunaan alat bantu
  - b. Ajari pasien untuk menggunakan pegangan dinding

- c. Informasikan pasien mengenai dosis dan frekuensi konsumsi obat- obatan, efek samping, serta interaksinya dengan makanan/obat- obatan lain.
- 6. Dokumentasikan semua kegiatan pencegahan risiko jatuh pada catatan keperawatan.**
- a. Dokumen Asessmen Risiko pasien jatuh
  - b. Dokumen pemberian informasi risiko pasien jatuh
  - c. Dokumen catatan keperawatan.

**Penilaian Risiko Jatuh Pasien**

Penilaian Risiko Jatuh merupakan suatu penilaian terhadap faktor-faktor yang dapat menyebabkan pasien jatuh. Ruang Lingkup Risiko jatuh dapat terjadi pada usia:

1. Anak-anak dari usia 0-13 tahun
2. Dewasa dari rentang usia >14-65 tahun
3. Geriatri dari usia >65 tahun
4. Pasien Gangguan Jiwa

Pengkajian risiko jatuh dapat dilakukan menggunakan:

1. Morse Fall Scale (MFS) / Skala Jatuh dari morse untuk Dewasa
2. Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS) / Skala Jatuh Humpty Dumpty untuk Pediatrik
3. Sydney scoring, skala penilaian risiko jatuh untuk Geriatric
4. Skala Edmonson untuk pasien Psikiatri.
5. Asessmen Jatuh Rawat Jalan Get Up dan Go.

**1. Morse Fall Scale (MFS)**

**Tabel 7. 2 Penilaian Risiko Jatuh Morse Fall Scale**

No	Kriteria	Skor
1.	Riwayat jatuh	- Tidak = 0 - Ya = 25
2.	Diagnosis sekunder	- Tidak = 0 - Ya = 15
3.	Menggunakan alat-alat bantu berjalan	- Tidak ada, tirah baring, di kursi roda, bantuan perawat = 0 - Tongkat ketiak (crutch), tongkat (cane), alat bantu berjalan (walker) = 15 - Furnitur/perabot/kursi= 30

No	Kriteria	Skor
4.	Menggunakan infus/heparin/ pengencer darah	- Tidak = 0 - Ya = 20
5.	Cara berjalan/berpindah	- Normal, tirah baring, tidak bergerak/ kursi roda = 0 - Lemah = 10 - Terganggu = 20
6.	Status mental	- Mengetahui kemampuan diri = 0 - Lupa keterbatasan = 15

Partners HealthCare (n.d) Petunjuk penggunaan Asesmen Risiko Jatuh (*Morse Fall Scale*)

1. **Riwayat jatuh:** Jika pasien mengalami kejadian jatuh saat/ selama dirawat di rumah sakit atau terdapat riwayat kejadian jatuh dalam 3 bulan terakhir, berikan skor 25. Jika pasien tidak mengalami jatuh berikan skor 0.
2. **Diagnosis Sekunder :** Jika pasien memiliki lebih dari satu diagnosis medis pada saat dirawat, berikan skor 15, jika hanya ada satu diagnosisi medis berikan skor 0
3. **Alat Bantu :** Jika pasien berpegangan pada perabot untuk berjalan (misalnya, membutuhkan bantuan, tetapi tidak meminta atau tidak mematuhi perintah untuk istirahat di tempat tidur), berikan skor 30. Jika pasien menggunakan tongkat/alat penopang/walker, berikan skor 15. Jika pasien dapat berjalan tanpa alat bantu, menggunakan kursi roda atau tirah baring, tidak berpindah dari tempat tidur berikan skor 0.
4. **Terapi Intravena (terpasang infus) :** Jika pasien terpasang infus, heparin (saline) atau terpasang pada peralatan (misalnya, peralatan pemantauan atau kateter Foley, berikan skor 20. Jika pasien tidak terpasang infus, heparin (saline) atau tidak terpasang pada peralatan, berikan skor 0.
5. **Gaya Berjalan :**
  - Jika pasien mengalami gangguan gaya berjalan, mengalami kesulitan untuk bangun dari kursi, menggunakan bantalan tangan kursi untuk mendorong tubuhnya, kepala menunduk, pandangan mata terfokus pada lantai, memerlukan bantuan sedang-total untuk menjaga keseimbangan dengan berpegangan pada perabot, orang atau alat bantu berjalan dan langkah-langkahnya pendek maka berikan skor 20.

- Jika pasien memiliki gaya berjalan yang lemah (pasien membungkuk, tetapi masih mampu untuk mengangkat kepala tanpa kehilangan keseimbangan atau memerlukan bantuan ringan untuk berjalan dan langkah-langkahnya pendek) maka berikan skor 10.
  - Jika pasien memiliki gaya berjalan normal (berjalan dengan kepala tegak, lengan berayun bebas di samping, melangkah tanpa ragu-ragu), berikan skor 0
6. **Status Mental** : Identifikasi asesmen pasien terhadap dirinya sendiri mengenai kemampuannya untuk berjalan. Jika pasien mempunyai over-estimasi (melebih-lebihkan kemampuannya atau lupa akan keterbatasan) terhadap kemampuan fisiknya berikan skor 15. Jika asesmen pasien sesuai dengan kemampuan sebenarnya berikan skor 0. Untuk menguji status mental: Tanyakan ke pasien, "Apakah Anda bisa pergi ke kamar mandi sendiri atau membutuhkan bantuan?"
- Normal: respons pasien konsisten dengan perintah, urutan.
  - Melebih-lebihkan/melupakan keterbatasan: respons pasien tidak konsisten dengan urutan ambulasi atau tidak realistis.
7. **Fall risk can range from 0 to 125.**
- 0: tidak ada risiko jatuh
  - <25 : risiko rendah
  - 25-45 : risiko sedang
  - >45: risiko tinggi

Skor MFS memberikan indikasi kemungkinan bahwa pasien akan jatuh. Namun, itu tidak mengidentifikasi bagaimana melindungi pasien agar tidak jatuh. Tujuan penting dari MFS adalah untuk mengidentifikasi MENGAPA pasien berisiko jatuh. Berfokus pada area risiko yang diidentifikasi oleh MFS akan membantu mengenali intervensi spesifik untuk mencegah pasien jatuh. Rencana intervensi pasien dengan mereview area risiko yang diidentifikasi oleh MFS, pilih intervensi untuk ditangani setiap area risiko. Komunikasikan rencana pencegahan kepada tim perawatan; perawat, ahli terapi fisik, dokter, pasien dan keluarga. Menggunakan data MFS untuk merencanakan intervensi mencegah pasien jatuh:

**Tabel 7. 3 Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh**

<b>Area risiko MFS</b>	<b>Intervensi</b>
Riwayat jatuh	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tindakan pencegahan keamanan</li><li>- Mengkomunikasikan status risiko jatuh melalui rencana perawatan.</li><li>- Dokumen kondisi jatuh sebelumnya.</li></ul>
Diagnosis sekunder	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pertimbangkan faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko jatuh: penyakit / waktu pengobatan dan efek samping seperti, pusing, sering buang air kecil, dan ketidakseimbangan.</li></ul>
Alat bantu berjalan	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alat bantu jalan disamping pasien jika memungkinkan.</li></ul>
Menggunakan infus/ terapi IV/heparin	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menerapkan toileting atau jadwal ke toilet.</li><li>- Anjurkan pasien untuk meminta bantuan ketika akan ke toilet.</li><li>- Tinjau efek samping obat-obatan IV.</li></ul>
Cara berjalan	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bantu bangun dari tempat tidur.</li></ul>
Status mental	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alarm tempat tidur/alarm kursi</li><li>- Tempatkan pasien di lokasi yang terlihat</li><li>- Menganjurkan kehadiran keluarga.</li></ul>

## 2. Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS)

Tabel 7. 4 Penilaian Risiko Jatuh Humpty Dumpty

Parameter	Kriteria	Nilai
Usia	< 3 tahun	4
	3 – 7 tahun	3
	7 – 13 tahun	2
	≥ 13 tahun	1
Jenis Kelamin	- Laki-laki	2
	- Perempuan	1
Diagnosa	- Diagnosa neurologi	4
	- Perubahan oksigenasi (diagnose, respireat orik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb)	3
	- Gangguan perilaku/psikiatri	2
	- Diagnosa lainnya	1
Gangguan kognitif	- Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3
	- Lupa akan keterbatasan	2
	- Orientasi baik terhadap diri sendiri	1
Faktor lingkungan	- Riwayat jatuh/bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4
	- Pasien menggunakan alat bantu/bayi diletakkan dalam tempat tidur/perabo rumah	3
	- Pasien diletakkan di tempat tidur	2
	- Area di luar rumah sakit	1
Respon terhadap: 1. Pembedahan/ sedasi/ anestesi  2. Penggunaan Medikamentosa	- Dalam 24 jam	3
	- Dalam 48 jam	2
	- > 48 jam atau tidak menjalani pembedahan /sedasi/anestesi	1
	- Penggunaan multipel : sedative, obat hypnosis, barbiturate, fenotiazin, anti depresan, pencahar, Diuretic, narkotika	3
	- Penggunaan salah satu obat di atas	2
	- Penggunaan medikasi lainnya / tidak ada medikasi	1

Kategori risiko jatuh:

Risiko rendah : 7-11

Risiko tinggi : >12

### 3. Sydney Scoring

Tabel 7. 5 Penilaian Risiko Jatuh untuk Geriatrik

Parameter	Skrining	Jawaban	Keterangan Nilai
Riwayat jatuh	Apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh?	Ya / tidak	Salah satu jawaban ya = 6
	Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini?	Ya / tidak	
Status mental	Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat)	Ya / tidak	Salah satu jawaban ya = 14
	Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat, atau orang)	Ya / tidak	
	Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas)	Ya / tidak	
Penglihatan	Apakah pasien memakai kacamata?	Ya / tidak	Salah satu jawaban ya = 1
	Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram?	Ya / tidak	
	Apakah pasien mempunyai glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?	Ya / tidak	
Kebiasaan berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)	Ya / tidak	ya = 2
Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur)	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	Jumlahkan nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3, maka skor = 0. jika nilai total 4-6, maka skor = 7
	Memerlukan sedikit bantuan (1 orang) / dalam pengawasan	1	
	Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)	2	
	Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	3	
Mobilitas	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	
	Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal / fisik)	1	
	Menggunakan kursi roda	2	
	Imobilisasi	3	

Keterangan skor:

0-5 = risiko rendah

6-16 = risiko sedang

7-30 = risiko tinggi

#### 4. Skala Edmonson untuk pasien Psikiatri

**Tabel 7. 6 Penilaian Risiko Jatuh Edmonson**

No	Item penilaian	Skor
1.	Usia:	
	- Kurang dari 50 Tahun	8
	- 50-70 Tahun	10
	- Lebih dari 80 Tahun	26
2.	Status Mental	
	- Kesadaran Baik	4
	- Agiatsi	12
	- Kadang Bingung	13
	- Bingung	14
3.	Eliminasi	
	- Mampu Mengontrol BAK/BAB	8
	- Colostomy	12
	- Eliminasi dengan bantuan	10
	- Ikontinensia tetapi mampu untuk mobilisais	0
4.	Nutrisi	
	- Mengkosumsi makanan/minuman dalam 24 jam	12
	- Tidak ada kelaianan dengan nafsu makan	0
5.	Diagnosis	
	- Bipolar/Skizoafektif	10
	- Penggunaan obat-obatan : terlarang/ ketergantungan alkohol	8
	- Gangguan depresi mayor	10
	- Demensia atau Delerium	12
6.	Pengobatan	
	- Tanpa obat-obatan	10
	- Obat-obatan jantung	10
	- Obat-obat psikotropika	8
	- Mendapat tambahan obat pskiatri, anti nyeri dalam 24 jam	12
7.	Ambulasi/Keseimbangan	
	- Mandiri	7
	- Dengan alat bantu	8
	- Vertigo	10
	- Goyah/Membutuhkan bantuan dan menyadari kemampuan	8
	- Goyah tapi lupa keterbatasan	15
8.	Gangguan pola tidur	
	- Tidak ada gangguan tidur	8
	- Ada keluhan gangguan tidur yang dilaporkan pasien,keluarga atau petugas	12

No	Item penilaian	Skor
9.	Riwayat Jatuh - Tidak ada riwayat Jatuh - Ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	8 12

Keterangan:

Tidak Berisiko Jatuh < 90

Berisiko Jatuh  $\geq$  90

## 5. Asessmen Jatuh Rawat Jalan Get Up dan Go.

Selain pasien rawat inap, pasien rawat jalan juga perlu dilakukan skrining risiko jatuh pada pasien dengan kondisi, diagnosis, situasi, dan/atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh. Jika hasil skrining pasien berisiko jatuh, maka harus dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pasien tersebut.

Skrining risiko jatuh di rawat jalan meliputi:

- Kondisi pasien misalnya pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan atau kejiwaan, konsumsi alkohol.
- Diagnosis, misalnya pasien dengan diagnosis penyakit parkinson
- Situasi misalnya pasien yang mendapatkan sedasi atau pasien dengan riwayat tirah baring/ perawatan yang lama yang akan dipindahkan untuk pemeriksaan penunjang dari ambulans, perubahan posisi akan meningkatkan risiko jatuh.

Skrining pada setiap pasien yang masuk ke poli rawat jalan dapat dilakukan dengan menggunakan form Asessmen Jatuh Rawat Jalan Get Up dan Go, yaitu:

- Cara berjalan pasien, apakah tidak seimbang (sempoyongan/limbung), apakah pasien berjalan dengan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi roda, orang lain)
- Apakah pasien tampak memegang pinggiran kursi atau meja / benda lain sebagai penompang saat akan duduk.

Klasifikasi kategori risiko jatuh pasien, yaitu :

- Tidak berisiko bila tidak ditemukan poin a dan b pada form Asessmen Jatuh Rawat Jalan Get Up dan Go
- Risiko rendah apabila ditemukan salah satu poin a atau b dari form Asessmen Jatuh Rawat Jalan Get Up dan Go
- Risiko tinggi apabila ditemukan poin a dan b pada form

Asesmen Jatuh Rawat Jalan Get Up dan Go Tindakan yang dilakukan sesuai dengan kategori risiko jatuh pasien:

- a. Kategori tidak berisiko jatuh: tidak ada tindakan pada pasien. Pada pasien dengan berkategori risiko rendah, petugas memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang risiko jatuh pada pasien. Bila pasien datang sendiri (tidak ditemani keluarga) maka petugas meminta bantuan petugas lain untuk mendampingi pasien.
- b. Kategori risiko tinggi: dilakukan pemasangan stiker risiko jatuh yang berwarna kuning pada pakaian pasien dengan lokasi yang mudah dilihat (bagian dada/jilbab) serta memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pencegahan risiko jatuh. Informasikan yang diberikan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan pemasangan stiker dan edukasi keluarga (bila ada) untuk selalu mendampingi pasien. bila pasien datang sendiri (tidak ditemani keluarga) maka petugas meminta bantuan petugas lain untuk mendampingi pasien. Informasikan kepada pasien dan keluarga, agar stiker kuning identitas risiko jatuh harus selalu digunakan selama di Rumah Sakit.

## **B. Keterampilan Menurunkan Risiko Pasien Cidera akibat Jatuh**

### **1. Pemantauan Risiko Jatuh**

Mengumpulkan, mengamati perkembangan, dan menganalisis faktor risiko jatuh yang berpotensi menimbulkan kerusakan fisik dan gangguan kesehatan. Prosedur pemantauan risiko jatuh, meliputi:

- Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
- Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
  - o Kancing/gelang kuning atau penanda risiko jatuh
  - o Alat bantu berjalan jika perlu
  - o Lembar ceklist penilaian risiko jatuh
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Lakukan penilaian ulang risiko jatuh, sesuai tingkat risiko jatuh
- Lakukan penilai perubahan status kognitif dan defisit fisik pasien
- Identifikasi perilaku/faktor risiko jatuh
- Identifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi jatuh
- Lakukan penilaian kemampuan berjalan dan berpindah
- Jelaskan faktor risiko dan tujuan dilakukan pemantauan kondisi pasien
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

- Dokumentasikan hasil pemantauan

## 2. Prosedur Pencegahan Jatuh

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko jatuh akibat perubahan fisik dan fisiologis. Prosedur yang dilakukan, yaitu:

- Identifikasi pasien menggunakan minimal dua data (nama lengkap, tanggal dan/atau nomor rekam medis).
- Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
  - o Sarung tangan bersih
  - o Kancing/gelang kuning atau penanda risiko jatuh
  - o Formulir penilaian risiko jatuh
  - o Alat tulis
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Lakukan penilaian tingkat risiko jatuh
- Pasang kancing atau gelang kuning sebagai penanda risiko jatuh
- Jelaskan manfaat kancing/gelang kuning penanda risiko jatuh
- Monitor risiko jatuh minimal 1 kali setiap shift atau sesuai tingkat risiko dan kebijakan institusi
- Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur
- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh
- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- Rendahkan ketinggian tempat tidur
- Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan nurse station
- Pasang pagar tempat tidur
- Pastikan roda tempat tidur terkunci
- Dekatkan bell dalam jangkauan pasien
- Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil
- Dekatkan alat atau benda-benda yang dibutuhkan pasien dari jangkauan pasien
- Berikan penerangan yang cukup
- Pastikan lantai selalu dalam kondisi kering
- Jelaskan faktor risiko jatuh dan pencegahan risiko jatuh
- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan
- Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki dengan meningkatkan keseimbangan saat berdiri

- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

### C. Rangkuman

#### 1. Asesmen Awal Risiko Jatuh:

- Setiap pasien yang dirawat inap harus dinilai risiko jatuh saat masuk rumah sakit.
- Asesmen ulang dilakukan jika ada perubahan kondisi atau pengobatan.
- Skor risiko jatuh dapat digunakan untuk menentukan langkah-langkah pencegahan.

#### 2. Faktor Risiko Jatuh:

- Faktor intrinsik (berhubungan dengan kondisi pasien) meliputi riwayat jatuh sebelumnya, gangguan kognitif, gangguan keseimbangan, dan usia di atas 65 tahun.
- Faktor ekstrinsik (berhubungan dengan lingkungan) termasuk lantai licin, pencahayaan kurang, dan peralatan yang tidak aman.

#### 3. Penilaian Resiko Jatuh merupakan suatu penilaian terhadap faktor-faktor yang dapat menyebabkan pasien jatuh. Pengkajian risiko jatuh dapat dilakukan menggunakan:

- Morse Fall Scale (MFS) / Skala Jatuh dari morse untuk Dewasa
- Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS) / Skala Jatuh Humpty Dumpty untuk Pediatrik
- Sydney scoring, skala penilaian risiko jatuh untuk Geriatric
- Skala Edmonson untuk pasien Psikiatri.
- Asesmen Jatuh Rawat Jalan Get Up dan Go.

### D. Asesmen Pembelajaran

Baca kasus berikut. Lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan Morse Fall Scale berdasarkan kasus tersebut. Identifikasi intervensi yang dilakukan dari skor penilaian yang didapatkan.

#### KASUS:

Seorang pria berusia 52 tahun dengan diabetes tipe 2 dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan nyeri dada dan sesak napas saat beraktivitas. Pasien saat ini mendapatkan diagnosis Gagal Jantung. Saat masuk, pasien ditemukan waspada dan berorientasi pada tempat, orang, dan waktu. Pasien mendapatkan terapi heparin dan terpasang monitor jantung. Selama wawancara, pasien melaporkan bahwa dia berjalan dengan tongkatnya; Dia independen dengan ambulasi dan

transfer. Namun, menurut catatan perawat, dokter menyarankan untuk ambulasi dengan tongkat dan bantuan orang lain. Setelah ditanyai lebih lanjut, pasien melaporkan bahwa dia mengalami beberapa kali jatuh di rumah selama setahun terakhir; paling baru bulan lalu. Ketika perawat membantu pasien ke kamar mandi, dia mencatat bahwa awalnya dia menggunakan meja samping tempat tidur dan perabotan lainnya sebagai panduan dan perlu diingatkan untuk menggunakan tongkatnya. Begitu dia diberi tongkat, pasien berjalan dengan langkah pendek dan mantap ke kamar mandi.

1. Lakukan penilaian risiko jatuh dengan form berikut:

<b>No</b>	<b>Kriteria</b>		<b>Skor</b>
1.	Riwayat jatuh	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 25
2.	Diagnosis sekunder	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 15
3.	Menggunakan alat-alat bantu berjalan	<input type="checkbox"/> Tidak ada, tirah baring, di kursi roda, bantuan perawat <input type="checkbox"/> Tongkat ketiak (crutch), tongkat, walker <input type="checkbox"/> Furnitur/perabot/kursi	0 15 30
4.	Menggunakan infus/heparin/pengencer darah	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 20
5.	Cara berjalan/berpindah	<input type="checkbox"/> Normal, tirah baring, tidak bergerak/ kursi roda <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Terganggu	0 10 20
6.	Status mental	<input type="checkbox"/> Mengetahui kemampuan diri <input type="checkbox"/> Lupa keterbatasan	0 15
<b>TOTAL SKOR</b>			

2. Skor MFS = .....
3. Risiko jatuh pasien = .....
4. Intervensi yang diberikan pada pasien = .....
- .....
- .....
- .....

**Pembahasan:**

1. Penilaian MFS:

Riwayat jatuh	Ya (dia jatuh dalam 3 bulan terakhir)	25	
Diagnosis sekunder	Ya (diabetes tipe 2)	15	
Alat bantu berjalan	Furnitur (meskipun pasien memiliki tongkat dan seharusnya menggunakannya, perawat melihatnya menggunakan furnitur saat dia berjalan ke kamar mandi)	30	
Menggunakan infus/ terapi IV/ heparin	Ya (memiliki Hep-lock).	20	
Cara berjalan	Lemah (menggunakan furnitur sebagai panduan, pendek, langkah mantap).	10	
Status mental	over-estimasi (melebih-lebihkan kemampuannya atau lupa akan keterbatasan)	15	
<b>TOTAL SKOR</b>			<b>115</b>

2. Skor MFS = 115.
3. Risiko Tinggi untuk jatuh.

## BAB VIII

### INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

#### Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan insiden Keselamatan Pasien
2. Menjelaskan tentang jenis insiden keselamatan pasien.
3. Membedakan jenis insiden keselamatan pasien.

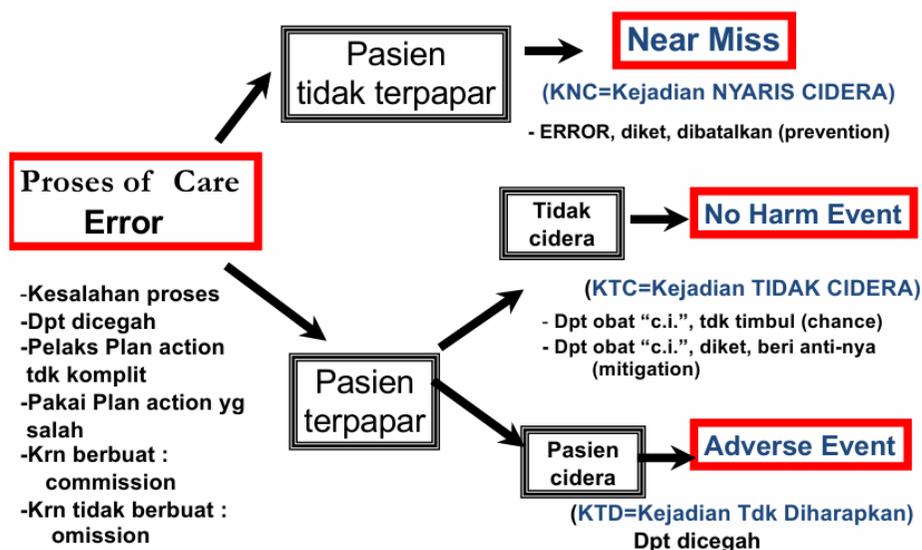
#### A. Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien adalah semua kejadian atau situasi yang berpotensi atau mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian, kerugian dan lain-lain). Insiden Keselamatan pasien dijelaskan dalam Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017, sebagai segala sesuatu yang terjadi secara sengaja atau tidak sengaja dan kondisi mengakibatkan atau berpotensi untuk menimbulkan cedera pada pasien. Insiden keselamatan pasien terdiri dari:

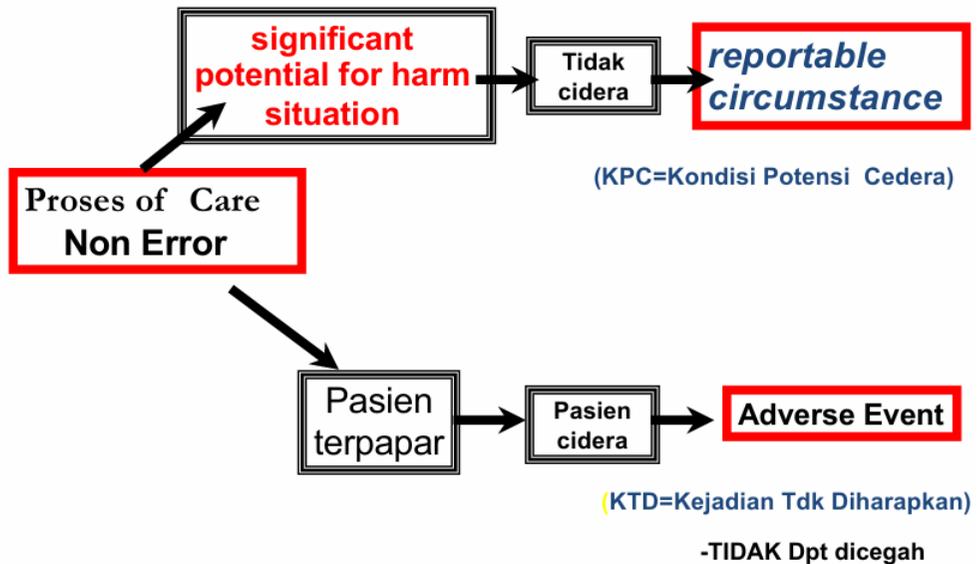
1. Kejadian Potensial Cedera (KPC), adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contohnya obat-obatan LASA (*look a like sound a like*) disimpan berdekatan
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC), adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terparap ke pasien. Contohnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain megetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC), adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan yang seluruhnya diambil (*omission*) yang dapat mencederai pasien tetapi cedera tidak terjadi. KTC merupakan insiden yang sudah terparap ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
4. Kejadian tidak Diharapkan (KTD), adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan (*omission*) dan bukan karena penyakit dasarnya (*underlying disease*) atau kondisi pasien.
5. Kejadian Sentinel adalah suatu 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. Kejadian sentinel biasanya dipakai untuk kejadian tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah.

Definisi Sentinel Event sebagai berikut:

1. Kematian yang tidak terduga, termasuk, tetapi tidak terbatas pada:
  - a. Kematian yang tidak terkait dengan sebab alamiah dari penyakit dan penyakit yang mendasari pasien (sebagai contoh, kematian dari infeksi pascaoperasi dan emboli paru yang didapat di rumah sakit);
  - b. Kematian atas bayi cukup bulan; dan
  - c. Bunuh diri;
2. Kehilangan fungsi tubuh pasien yang luas dan permanen yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah dari penyakit atau penyakit dasarnya;
3. Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien ketika operasi;
4. Penularan penyakit yang kronik atau fatal akibat infus darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan yang terkontaminasi;
5. Penculikan bayi atau bayi dipulangkan dengan orang tua yang salah;
6. Pemerksaan, kekerasan di tempat kerja seperti penyerangan (menyebabkan kematian atau kehilangan fungsi tubuh yang permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.



Sumber: (Daud, 2020)



Sumber: (Daud, 2020)

Insiden keselamatan pasien sewaktu-waktu dapat terjadi tanpa direncanakan yang dapat membahayakan pasien dan tidak terpenuhi outcome dalam penyembuhan pasien. Insiden keselamatan pasien menurut WHO (2018), terdiri dari:

1. Insiden berbahaya: Insiden yang dapat membahayakan dan merugikan pasien sehingga planning perawatan tidak sesuai yang diharapkan
2. Insiden tidak berbahaya: Insiden yang tidak menimbulkan bahaya dan kerugian pada pasien.
3. Insiden nyaris berbahaya: insiden yang tidak membahayakan pasien tetapi memiliki potensi atau risiko untuk bahaya dan kerugian pada pasien Insiden keselamatan pasien dapat disebabkan karena beberapa hal yang tidak sesuai standar dalam periode pelayanan pasien, pengobatan yang tidak memenuhi harapan untuk perbaikan atau penyembuhan pasien, risiko dalam pengobatan dan kedisiplinan serta ketidakpatuhan pasien dalam minum obat.

#### Klasifikasi Dampak Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Cooper, dkk (2018) klasifikasi dampak insiden keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Tidak ada kerugian Proses pengobatan yang berjalan hingga selesai tanpa ada kerusakan atau kerugian untuk pasien. Contoh: Pasien menerima obat immunosupresif (azathioprine) tetapi melewatkan pemantauan hematologis rutin selama beberapa bulan tetapi tidak ada bahaya yang terjadi.

2. Tidak ada kerugian karena hasil mitigasi Segala insiden yang berpotensi menyebabkan bahaya tetapi tidak menimbulkan bahaya Contoh: Seorang petugas kesehatan yang kurang tepat mengindikasikan aturan minum obat yang seharusnya dua kali sehari tapi petugas menulisnya satu kali sehari. Petugas yang menyediakan obat tersebut kepada pasien sebelumnya telah mencatat kesalahan dan mengoreksi obat kembali.
3. Kerugian ringan Insiden di mana pasien terluka tetapi tidak memerlukan intervensi atau perawatan minimal Contoh: Seorang dokter membuat kesalahan resep dan kemudian sediaan obat tidak ada di apotik rumah sakit sehingga obat yang dibutuhkan didapat dari apotik di luar rumah sakit. Pasien tidak mendapatkan obat selama 3,5 jam yang membuat keluarga sangat takut.
4. Kerugian sedang Pasien yang memerlukan perawatan medis jangka pendek untuk penilaian dan perawatan ringan baik di UGD ataupun bangsal rumah sakit. Contoh: Seorang petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah rutin ke pasien diabetes untuk memberikan insulin. Pada saat kunjungan ditemukan gula darah pasien dalam batas aman untuk pemberian insulin. Kemudian pada hari yang sama pasien ditemukan hipoglikemia, pasien tidak memberitahu petugas bahwa 30 menit sebelum petugas datang pasien sudah mendapatkan terapi insulin. Pasien sementara dirawat dirumah sakit untuk memantau gula darah satu hari.
5. Insiden merusak berat Pasien mengalami insiden yang berdampak jangka panjang atau permanen pada fisik, mental ataupun sosialnya sehingga mempersingkat harapan hidupnya. Contoh: Seorang anak epilepsi diresepkan untuk mendapatkan fenobarbital dengan gejala mengantuk dan mengalami penurunan kesadaran selama tiga hari. Konsentrasi fenobarbital dalam darah pasien ditemukan sangat tinggi ketika diperiksa, label pabrik memberikan kekuatan 25 mg/ ml tetapi label farmasi di fasilitas kesehatan salah mengindikasikan obat tersebut dengan 25 mg/ 5 ml dan anak tersebut sudah menerima obat sebanyak 5 kali dosis yang sudah diresepkan.
6. Kematian Insiden yang terjadi dalam masa pengobatan. Dapat terjadi karena kurang tepat dalam penegakkan diagnosis, penanganan awal, dan lain sebagainya. Contoh: Keluarga pasien menelpon seorang dokter dengan melaporkan keadaan pasien seperti merasa tidak enak badan, muntah dan ada ruam merah di perut kemudian seorang dokter mendiagnosis pasien dengan penyakit virus dan menganjurkan keluarga untuk memberikan obat anti muntah. Beberapa jam kemudian keadaan pasien memburuk dan dibawa ke UGD, pasien didiagnosis septikemia meningokokus dan meninggal.
7. Insiden yang kurang detail Insiden di mana informasi tidak memadai untuk mengevaluasi keparahan bahaya sehingga dapat berisiko kesalahan dalam hasil

perawatan Contoh: Seorang pasien memberikan sampel untuk uji histologi dan sitologi tetapi pasien tidak memberikan keterangan pada label pot seperti nama, tanggal dan umur.

Contoh insiden yang dilaporkan dari studi TAPS:

1. Instruksi dosis tidak tepat yang salah pada resep Actonel mengakibatkan pasien mengkonsumsi obat mingguan setiap hari, tidak dikoreksi oleh apoteker
2. Pneumotoraks iatrogenik akibat pemberian injeksi nyeri yang tidak tepat untuk fibromyalgia.
3. 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.
4. Antimalaria yang diresepkan untuk pasien dengan pengobatan antiepilepsi yang bisa mengakibatkan interaksi serius jika pasien tidak mendapat pendapat kedua.
5. Digunakan peralatan yang tidak benar saat mengambil spesimen untuk pengujian laboratorium selama operasi kecil, sehingga mengakibatkan kerusakan spesimen secara tidak disengaja.
6. Pasien yang salah menanggapi panggilan di ruang tunggu, catatan dimasukkan ke file pasien lain.

## **B. Rangkuman**

Insiden keselamatan pasien adalah semua kejadian atau situasi yang berpotensi atau mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian, kerugian dan lain-lain). Insiden Keselamatan pasien dijelaskan dalam Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017, sebagai segala sesuatu yang terjadi secara sengaja atau tidak sengaja dan kondisi mengakibatkan atau berpotensi untuk menimbulkan cedera pada pasien. Insiden keselamatan pasien terdiri dari:

1. Kejadian Potensial Cedera (KPC), adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC), adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC), adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan yang seluruhnya diambil (*omission*) yang dapat mencederaikan pasien tetapi cedera tidak terjadi. KTC merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
4. Kejadian tidak Diharapkan (KTD), adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil

tindakan (*omission*) dan bukan karena penyakit dasarnya (*underlying disease*) atau kondisi pasien.

5. Kejadian Sentinel adalah suatu 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. Kejadian sentinel biasanya dipakai untuk kejadian tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah.

### C. Asesmen Pembelajaran

Bacalah kasus berikut dan tentukan jenis insiden pada kasus berikut ini:

1. Seorang pasien laki-laki usia 40 tahun dirawat di ruang bedah. Pasien mendapatkan terapi medikasi peroral yang diberikan pada pukul 09.00. Tiga puluh menit kemudian keluarga melaporkan bahwa pasien mengalami sesak nafas dan ruam. Hasil pengkajian perawat, pasien mengalami reaksi alergi. Setelah ditelusur pasien mengalami reaksi alergi karena terapi medikasi yang diberikan sebelumnya. Pasien mendapatkan obat yang salah, karena kesalahan identifikasi. Perawat menemukan bahwa kesalahan terjadi karena nama pasien yang mirip. Perawat segera memberikan intervensi untuk pasien. Pasien merasa cemas dan kesakitan. Setelah diberikan perawatan intensif, kondisi pasien stabil dalam beberapa jam.
2. Seorang perawat menyiapkan pemberian tranfusi darah pada pasien. Perawat memberikan transfusi WBC pada pasien, saat tranfusi mulai mengalir di selang tetapi belum masuk ke dalam tubuh pasien, perawat tiba-tiba menyadari bahwa ada kesalahan pemberian. Perawat mengambil kantong darah dengan golongan darah A sedangkan pasien mempunyai golongan darah B. perawat segera menghentikan tindakannya. Apakah jenis insiden keselamatan pasien pada kasus tersebut?
3. Seorang pasien terjatuh dari tempat tidur karena petugas lalai memasang side rail tempat tidur. Pasien mengalami fraktur femur akibat peristiwa tersebut dan harus menjalani operasi pemasangan pen untuk menyambung tulang yang patah. Apakah jenis insiden keselamatan pasien pada kasus tersebut?
4. Seorang anak laki-laki usia 15 tahun dirawat dengan keluhan demam. Hasil pengkajian perawat mendapatkan hasil suhu 38,8 0C. Perawat melakukan

tindakan kolaborasi pemberian antipiretik via telepon dengan DPJP. Kemudian perawat memberikan paracetamol per oral. Setelah selesai tindakan dan kembali ke nurse station perawat menyadari salah dalam mengambil obat, seharusnya dosis yang diberikan adalah 500 mg tetapi yang diberikan ke pasien 1000 mg. Perawat segera kembali dan mengevaluasi kondisi pasien, kemudian memonitor kondisi pasien dalam 8 jam. Hasilnya tidak terjadi reaksi apapun yang ditimbulkan dari pemberian obat tersebut. Apakah jenis insiden keselamatan pasien pada kasus tersebut?

5. Seorang perawat sedang menyiapkan obat untuk pasien, terdapat dua obat yang mempunyai kemasan mirip untuk dua pasien yang berbeda. Obat tersebut adalah Bisolvon Solutio untuk pasien perempuan usia 35 tahun dan Bisolvon Elixir untuk pasien perempuan usia 28 tahun yang dirawat dalam satu kamar yang sama. Dalam kemasan tersebut tidak terdapat stiker LASA. Situasi tersebut dapat memicu sebuah insiden keselamatan pasien. Apakah jenis insiden keselamatan pasien pada situasi tersebut?
6. Seorang perawat hampir memberikan dosis obat yang salah kepada pasien. Namun, kesalahan tersebut terdeteksi saat pemeriksaan terakhir sebelum pemberian obat. Perawat menyadari kesalahan saat memeriksa ulang dosis obat. Tidak ada obat yang diberikan, sehingga tidak ada dampak langsung pada pasien. Pasien tidak menyadari kesalahan yang hampir terjadi dan tetap merasa nyaman dan aman.
7. Seorang pasien ditempatkan di tempat tidur yang tidak memiliki pengaman samping. Pasien tersebut memiliki riwayat jatuh dari tempat tidur. Hasil pengkajian Perawat mencatat bahwa pasien berisiko tinggi jatuh. Sehingga perawat segera menambahkan pengaman samping pada tempat tidur. Pasien merasa lebih aman setelah pengaman dipasang dan tidak mengalami jatuh.
8. Seorang pasien ditemukan di kamar mandi tanpa pengawasan setelah mengalami pusing. Pasien tidak mengalami cedera, tetapi situasi ini berpotensi berbahaya. Perawat mencatat bahwa pasien memiliki riwayat vertigo dan seharusnya tidak dibiarkan tanpa pengawasan. Pengawasan lebih ketat diterapkan setelah kejadian ini. Pasien merasa bersyukur tidak mengalami cedera dan setuju untuk lebih berhati-hati di masa mendatang.

Jawaban:

1. Kejadian Tidak Diharapkan
2. Kejadian Nyaris Cedera
3. Sentinel
4. Kejadian Tidak Cedera
5. Kondisi Potensial Cedera
6. Kejadian Nyaris Cedera
7. Kondisi Potensial Cedera
8. Kejadian Tidak Cedera

## BAB IX

### PENANGANAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

#### Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tentang pelaporan insiden keselamatan pasien.
2. Melakukan analisa matriks grading risiko
3. Membuat laporan insiden keselamatan pasien sesuai format

#### A. Penanganan Insiden

Penanganan Insiden diatur dalam PMK nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, dalam peraturan tersebut dijelaskan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan penanganan Insiden, termasuk kejadian sentinel. Penanganan insiden bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Penanganan insiden di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui pembentukan tim Keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pelaksana kegiatan penanganan Insiden. Dalam melakukan Penanganan Insiden oleh tim keselamatan dilakukan kegiatan berupa pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab Insiden tanpa menyalahkan, menghukum, dan mempermalukan seseorang.

Kemampuan mencegah dan melindungi pasien terhadap insiden tergantung pada budaya keselamatan pasien, salah satunya adalah pelaporan insiden. Pelaporan insiden keselamatan pasien dilakukan secara internal dan eksternal. Laporan Insiden Keselamatan Pasien Internal merupakan pelaporan secara tertulis setiap kejadian Sentinel, Kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian tidak cedera (KTC) atau Kondisi potensial cedera signifikan/serius(KPC) yang menimpa pasien. Sedangkan Laporan Insiden keselamatan pasien eksternal adalah pelaporan ke ke KNKP. Pelaporan secara anonim dan elektronik ke KNKP, setiap Kejadian Sentinel, Kejadian Tidak diharapkan (KTD) atau yang terjadi pada pasien dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya. Sesuai Pasal 43 UU No.44/2009 Tentang Rumah Sakit bahwa Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

Pelaporan insiden di tingkat nasional melalui Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN). Tujuan pelaporan SP2KPN adalah untuk mengetahui data Insiden Keselamatan Pasien berdasarkan Laporan dan Pembelajaran keselamatan pasien di tingkat Nasional. Semua informasi yang

dilaporkan ke SP2KPN adalah Insiden yang telah dianalisa, ditindaklanjuti dan dilakukan pembelajaran di tingkat Fasyankes. Laporan insiden yang dikirimkan ke SP2KPN untuk mendukung pembelajaran dan perbaikan secara nasional. Hasil kajian insiden akan memberikan informasi Prioritas nasional untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

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 untuk pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden. Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan antara lain:

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

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Unit/Pelaksana antara lain:

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

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

Banyak metode yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko, salah satu caranya adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Dapat dipastikan bahwa sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien.

Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya error sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya.

- Mengapa pelaporan insiden penting? Karena pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- Bagaimana memulainya ? Dibuat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan.
- Apa yang harus dilaporkan ? Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
- Siapa yang membuat Laporan Insiden ? Siapa saja atau semua staf RS yang pertama menemukan kejadian. Siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian
- Bagaimana cara membuat Laporan Insiden (Incident report) ? Karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.

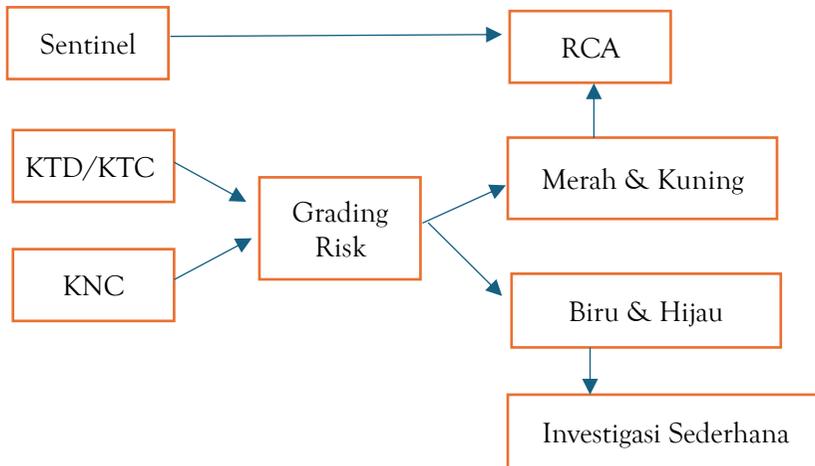
Masalah yang dihadapi dalam Laporan Insiden:

- Laporan dipersepsikan sebagai “pekerjaan perawat”
- Laporan sering disembunyikan / *underreport*, karena takut disalahkan.
- Laporan sering terlambat
- Bentuk laporan miskin data karena adanya budaya *blame culture*

## B. Pelaporan Insiden Internal

Pasal 18 Peraturan Menteri Kesehatan nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien, menyebutkan bahwa setiap Insiden harus dilaporkan secara internal kepada tim Keselamatan Pasien dalam waktu paling lambat 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam dengan menggunakan format laporan insiden internal. Laporan kemudian diverifikasi oleh tim Keselamatan Pasien untuk memastikan kebenaran adanya Insiden. Setelah melakukan verifikasi laporan, tim Keselamatan Pasien melakukan investigasi dalam bentuk wawancara dan pemeriksaan dokumen. Berdasarkan hasil investigasi, tim Keselamatan Pasien menentukan derajat insiden (*grading*) dan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan metode baku untuk menemukan akar masalah. Tim keselamatan pasien harus memberikan rekomendasi keselamatan pasien kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan hasil RCA. Berikut salah satu contoh alur pelaporan insiden di rumah sakit:

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/ KTD) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah / ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja / shift kepada Atasan langsung. (Paling lambat 2 x 24 jam ); jangan menunda laporan.
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen : Supervisor/Kepala Bagian/Instalasi/Departemen /Unit, Ketua Komite Medis /Ketua K.SMF).
4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
5. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :
  - Grade biru: Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.
  - Grade hijau: Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu
  - Grade kuning : Investigasi komprehensif / Analisis akar masalah / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
  - Grade merah : Investigasi komprehensif / Analisis akar masalah / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS
7. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan Regrading.
8. Untuk grade Kuning / Merah, Tim KP di RS akan melakukan Analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA)
9. Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “Pembelajaran” berupa: Petunjuk / ”Safety alert” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
10. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
11. Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait.
12. Unit Kerja membuat analisa dan trend kejadian di satuan kerjanya masing masing
13. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS



**Gambar 6. 18 Grading Risiko Insiden**

### C. Pelaporan Insiden Eksternal

Berikut dijelaskan cara pelaporan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai dengan PMK no 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pasal 19, 20 dan 21.

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pelaporan Insiden, secara online atau tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai dengan format laporan yang ditentukan.
- b. Pelaporan Insiden disampaikan setelah dilakukan analisis, serta mendapatkan rekomendasi dan solusi dari tim Keselamatan Pasien fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Pelaporan insiden ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan Keselamatan Pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (non blaming).
- d. Pelaporan insiden harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), dan tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berhak.
- e. Setelah menerima pelaporan Insiden, Komite Nasional Keselamatan Pasien melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (feedback) berupa rekomendasi Keselamatan Pasien dalam rangka mencegah berulangnya kejadian yang sama di fasilitas pelayanan kesehatan lain secara nasional.
- f. Setiap dokumen pelaporan dan analisis Insiden tidak diperuntukkan sebagai alat bukti hukum dalam proses peradilan.

### D. Analisa Matriks Grading Risiko

Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan Dampak dan Probabilitasnya.

1. Dampak (*Consequences*) Penilaian dampak/akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal.
2. Probabilitas/Frekuensi/*Likelihood* Penilaian tingkat probabilitas/ frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

**Tabel 9. 1 Penilaian Dampak Klinis /Konsekuensi / Severity**

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	- Cedera ringan mis. Luka lecet - Dapat diatasi dengan pertolongan pertama,
3	Moderat	- Cedera sedang mis. Luka robek - Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit. - Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	- Cedera luas / berat mis. Cacat, lumpuh - Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit.
5	Katastropik	- Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit.

**Tabel 9. 2 Penilaian Probabilitas / Frekuensi**

Tingkat Risiko	Deskripsi
1	Sangat jarang / Rare (>5 tahun /kali)
2	Jarang / Unlikely (>2-5 tahun /kali)
3	Mungkin / Possible (1-2 tahun/kali)
4	Sering / Likely (Beberapa kali / tahun)
5	Sangat sering/Almost certain (Tiap minggu/ bulan)

Setelah nilai Dampak dan Probabilitas diketahui, dimasukkan dalam Tabel Matriks Grading Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna bands risiko.

#### 1. Skor Risiko

$$\text{SKOR RISIKO} = \text{Dampak} \times \text{Probability}$$

Cara menghitung skor risiko:

Untuk menentukan skor risiko digunakan matriks grading risiko

- a. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
- b. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan,
- c. Tetapkan warna bandsnya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak

#### 2. Bands Risiko

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna “bands” akan menentukan Investigasi yang akan dilakukan:

Bands BIRU dan HIJAU: Investigasi sederhana

Bands KUNING dan MERAH: Investigasi Komprehensif / RCA

WARNA BANDS: HASIL PERTEMUAN ANTARA NILAI DAMPAK YANG DIURUT KEBAWAH DAN NILAI PROBABILITAS YANG DIURUT KE SAMPING KANAN

Contoh : Pasien jatuh dari tempat tidur dan meninggal, kejadian seperti ini di RS X terjadi pada 2 tahun yang lalu.

1. Nilai dampak : 5 (katastropik ) karena pasien meninggal
2. Nilai probabilitas : 3 (mungkin terjadi) karena pernah terjadi 2 tahun lalu
3. Skoring risiko :  $5 \times 3 = 15$
4. Warna Bands :Merah (ekstrim)

**Tabel 9. 3 Matriks Grading Risiko**

Probabilitas	Tdk Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-<2 thn/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2-<5 thn/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

**Tabel 9. 4 Tindakan Sesuai Tingkat dan Bands Risiko**

Level / Bands	Tindakan
Ekstrim (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur
High (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen
Moderate (sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / Pimpinan Klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko
Low (rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dengan prosedur rutin

### E. Rangkuman

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 untuk pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden. Pasal 18 Peraturan Menteri Kesehatan nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien, menyebutkan

bahwa setiap Insiden harus dilaporkan secara internal kepada tim Keselamatan Pasien dalam waktu paling lambat 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam dengan menggunakan format laporan insiden internal. Laporan kemudian diverifikasi oleh tim Keselamatan Pasien untuk memastikan kebenaran adanya Insiden. Setelah melakukan verifikasi laporan, tim Keselamatan Pasien melakukan investigasi dalam bentuk wawancara dan pemeriksaan dokumen. Berdasarkan hasil investigasi, tim Keselamatan Pasien menentukan derajat insiden (*grading*) dan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan metode baku untuk menemukan akar masalah. Tim keselamatan pasien harus memberikan rekomendasi keselamatan pasien kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan hasil RCA.

## **F. Asesmen Pembelajaran**

Berikut contoh kasus salah obat (Dewi, 2015).

### **1 Des 2012 jam 11.00**

Pasien Tn Hardi masuk ke Rumah Sakit untuk rawat inap di Bangsal Anggrek dengan diagnose TB Paru. Keadaan umum baik.

### **3 Des 2012 jam 15.00**

Salah seorang perawat shif sore menyerahkan 2 resep Dr SpPD yang merawat, untuk 2 pasien yang berbeda yang namanya mirip, ke Bagian Farmasi. Tertera nama pasien, no. RM dan nama Dokter, tetapi tidak ditemelin label barcode di resep obat, karena stock label di bangsal habis. 1 hari sebelumnya Ka. Bangsal sudah amprah ke bagian RT, tetapi barang di gudang RT sudah habis, karena terlambat order ke percetakan

### **Jam 16.30**

Petugas farmasi menyiapkan dispensing obat. Petugas mencocokkan resep dengan obat, tetapi petugas tidak mencocokkan antara identitas di resep dengan identitas di label kemasan obat

### **Jam 17.00**

Petugas farmasi mengirim obat ke bangsal melalui pnemoni tube (ket: tabung pengirim otomatis dari farmasi ke bangsal). Salah seorang perawat jaga menerima obat dan memasukkan ke loker pasien untuk diberikan pada jam shift malam.

### **4 Des 2012, jam 06.30**

Perawat jaga shift malam membagikan obat ke pasien, dengan melihat nama yang tercantum di kemasan obat tanpa mencocokkan ke buku obat. Perawat jaga mengkonfirmasi ke bagian farmasi terkait dengan obat pasien Tn Hadi yang belum datang. Petugas farmasi dan perawat jaga baru menyadari bahwa obat yang diberikan ternyata salah pasien. Petugas farmasi mempersepsikan bahwa 2 resep itu untuk 1 pasien karena nama pasien yang hampir mirip

### Jam 06.15

Pasien Tn Hardi menerima dan meminum obat yang diberikan untuknya. Pasien menerima obat yang memang untuk kasusnya, tetapi juga menerima 2 obat Pasien Tn Hadi (obat hipertensi) Perawat segera melaporkan ke dokter yang merawat, dan mendapat instruksi untuk melakukan observasi setiap 1 jam sekali. Pasien mengeluh mengantuk, tetapi tidak menimbulkan cedera lain. Meskipun tidak ada cedera, tetapi pasien mengalami perpanjangan hari rawat 2 hari. Kejadian salah obat seperti ini pernah terjadi 3 bulan yang lalu

Diskusi :

1. Tetapkan dampak kasus diatas dengan melakukan analisis grading matrik.
2. Tulis insiden tersebut dalam formulir laporan insiden internal seperti pada format dibawah.

#### FORMULIR LAPORAN INSIDEN KE TIM KESELAMATAN PASIEN DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Nama Rumah Sakit/Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain .....

#### LAPORAN INSIDEN

(INTERNAL)

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY,  
DILAPORKAN MAKSIMAL 2 x 24

#### A. Data Pasien

Nama : .....

No MR : ..... Ruangan : .....

Umur : ..... Bulan ..... Tahun

Kelompok Umur\* :

0-1 bulan

> 15 tahun - 30 tahun

> 1 bulan - 1 tahun

> 30 tahun - 65 tahun

> 1 tahun - 5 tahun

> 65 tahun

> 5 tahun - 15 tahun

Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Penanggung biaya pasien :

Pribadi

Asuransi Swasta

Pemerintah

Perusahaan\*

BPJS

Lain-lain

Tanggal Masuk Rumah Sakit/ Fasyankes lain : ..... Jam : .....

B. Rincian Kejadian

1. Tanggal dan Waktu Insiden  
Tanggal : ..... Jam .....
  2. Insiden : .....
  3. Kronologis Insiden  
.....  
.....
  4. Jenis Insiden\* :
    - Kejadian Nyaris Cedera / KNC (Near miss)
    - Kejadian Tidak diharapkan / KTD (Adverse Event) / Kejadian Sentinel (Sentinel Event)
    - Kejadian Tidak Cedera / KTC
    - KPC
  5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*
    - Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
    - Pasien
    - Keluarga / Pendamping pasien
    - Pengunjung
    - Lain-lain ..... (sebutkan)
  6. Insiden terjadi pada\* :
    - Pasien
    - Lain-lain ..... (sebutkan)Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS/unit K3 Fasyankes lain
  7. Insiden menyangkut pasien :
    - Pasien rawat inap
    - Pasien rawat jalan
    - Pasien UGD
    - Lain-lain .....
- Tempat Insiden  
Lokasi kejadian ..... (sebutkan)  
(Tempat pasien berada)
8. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit/spesialisasi)
    - Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
    - Anak dan Subspesialisasinya
    - Bedah dan Subspesialisasinya
    - Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
    - THT dan Subspesialisasinya
    - Mata dan Subspesialisasinya
    - Saraf dan Subspesialisasinya

- Anastesi dan Subspesialisasinya
  - Kulit dan Kelamin dan Subspesialisasinya
  - Jantung dan Subspesialisasinya
  - Paru dan Subspesialisasinya
  - Jiwa dan Subspesialisasinya
  - Lain-lain ..... (sebutkan)
9. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden  
Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)
10. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :
- Kematian
  - Cedera Irreversibel / Cedera Berat
  - Cedera Reversibel / Cedera Sedang
  - Cedera Ringan
  - Tidak ada cedera
11. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :  
.....  
.....
12. Tindakan dilakukan oleh\* :
- Tim : terdiri dari : .....
  - Dokter
  - Perawat
  - Petugas lainnya .....
13. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?\*
- Ya     Tidak
- Apabila ya, isi bagian dibawah ini.
- Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?**  
.....  
.....

Pembuat Laporan	: .....	Penerima Laporan	: .....
Paraf	: .....	Paraf	: .....
Tgl Terima	: .....	Tgl Lapo	: .....

Grading Risiko Kejadian\* (Diisi oleh atasan pelapor) :  
BIRU    HIJAU    KUNING    MERAH

NB. \* = pilih satu jawaban.

## **BAB X**

### **PERAN PERAWAT DALAM KESELAMATAN PASIEN**

#### Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan peran perawat sebagai *care provider* dalam keselamatan pasien.
2. Menjelaskan peran perawat sebagai *community leader* dalam keselamatan pasien.
3. Menjelaskan peran perawat sebagai *educator* dalam keselamatan pasien.
4. Menjelaskan peran perawat sebagai *manager* dalam keselamatan pasien.
5. Menjelaskan peran perawat sebagai *researcher* dalam keselamatan pasien.

#### **A. Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien**

Peran perawat dalam menjamin keselamatan pasien merupakan aspek krusial dalam praktik pelayanan kesehatan. Perawat memiliki tanggung jawab utama untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang aman, efektif, dan berkualitas tinggi. Dalam menjalankan tugasnya, perawat harus memiliki pemahaman yang mendalam tentang praktik keselamatan pasien dan menerapkannya secara konsisten. Bab ini akan mengeksplorasi peran perawat dalam memastikan keselamatan pasien saat mendapatkan perawatan di fasilitas kesehatan.

Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam memastikan keselamatan pasien. Perawat merupakan tenaga profesional kesehatan yang paling dominan dan memiliki hubungan secara langsung dengan pasien. Perawat juga selalu hadir untuk memenuhi kebutuhan pasien selama pelayanan kesehatan diberikan (Roussel, Swansburg dkk., 2008) dan secara teratur berinteraksi dengan keluarga, dokter, apoteker, dan semua anggota tim perawatan kesehatan lainnya untuk koordinasi dan komunikasi tentang kondisi pasien. Peran perawat secara umum sesuai standar kompetensi perawat adalah memberi pelayanan/asuhan (*care provider*), pemimpin kelompok (*community leader*), pendidik (*educator*), pengelola (*manager*) dan peneliti (*researcher*) (PPNI, 2013). Peran perawat dari perspektif keselamatan pasien termasuk mengobservasi kondisi klinis pasien, mendeteksi adanya kesalahan dan tindakan yang dapat menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien, memahami proses perawatan dan kelemahan yang melekat pada beberapa sistem, serta melaksanakan berbagai tugas lainnya untuk memastikan pasien menerima perawatan yang berkualitas.

## 1. Pemberi asuhan (*Care provider*)

Perawat sebagai *care provider* menerapkan keterampilan berfikir kritis dan pendekatan sistem untuk penyelesaian masalah serta pembuatan keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik berlandaskan etik profesi dan aspek legal. Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat dilakukan perawat kepada pasien baik secara langsung maupun tidak langsung berdasarkan standar praktik keperawatan. Peran ini menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian dalam upaya mengumpulkan data dan informasi yang benar secara subjektif dan objektif; penegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan analisis data risiko, aktual, maupun potensial; menentukan intervensi keperawatan dengan hasil yang terukur sebagai upaya pemecahan masalah secara mandiri maupun kolaboratif; melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan; hingga melakukan evaluasi pencapaian tujuan dan hasil berdasarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (*American Nurses Association, 2015*). Menurut *International Council of Nursing* (ICN), keselamatan pasien adalah dasar dari kualitas perawatan. Oleh karena itu, meningkatkan budaya keselamatan pasien dan kompetensi keselamatan pasien merupakan strategi penting yang harus dipertimbangkan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (Hafezi et al, 2022).

Peningkatan kualitas asuhan dapat tercapai apabila perawat dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan motivasi terhadap keselamatan pasien (Marthoenis & Mutiawati, 2020). Semakin tinggi pengetahuan dan sikap positif perawat, maka semakin baik motivasi penerapan keselamatan pasien oleh perawat (Octarini, Yanti, & Krisnawati, 2019). Peran perawat sebagai pemberi asuhan sangat jelas terlihat pada waktu pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien, dimana sasaran keselamatan pasien merupakan target yang ditetapkan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Peran dan tugas perawat dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien diantara adalah:

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar: perawat mengidentifikasi pasien, memasang gelang identitas dan gelang penanda risiko bila diperlukan. Perawat harus memastikan identifikasi pasien yang tepat untuk menghindari kesalahan pada saat melakukan tindakan keperawatan atau intervensi kolaboratif, misalnya pemberian obat.
- b. Meningkatkan komunikasi yang efektif: menggunakan metode komunikasi yang jelas dan terstruktur seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) untuk memastikan

informasi yang akurat dan lengkap pada saat berkomunikasi dengan perawat, medis atau tenaga kesehatan yang lainnya. Contoh kegiatan perawat yang harus menggunakan komunikasi sistematis adalah handover/serah terima pasien, melaporkan kondisi pasien kepada dokter, dan pada saat kolaborasi untuk terapi pasien dengan dokter atau tenaga kesehatan yang lainnya.

- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai: Perawat memastikan obat yang diberikan kepada pasien aman dengan melalui double check pada obat-obat kewaspaan tinggi.
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar: perawat dapat bertugas sebagai perawat scrub nurse, perawat sirkuler, perawat anestesi, dan sebagai perawat yang melakukan surgical safety checklist. Saat bertugas untuk memeriksa kelengkapan surgical safety checklist, perannya sangat penting sekali untuk memastikan benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar pada tiga fase krusial pembedahan (sebelum induksi anestesi, sebelum insisi kulit, dan sebelum tim meninggalkan ruang operasi).
- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan: perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling lama kontak dengan pasien mempunyai peran besar dalam mencegah risiko infeksi dengan memutus rantai infeksi, yaitu dengan selalu menerapkan hand hygiene dalam five moment serta selalu menggunakan alat perlindungan diri dengan tepat.
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh: perawat bertugas untuk melakukan penilaian risiko jatuh pada pasien, sehingga hasil yang akurat dapat berdampak pada intervensi yang tepat sehingga upaya mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh dapat terwujud.

## 2. Pemimpin Kelompok (*Community leader*)

Perawat sebagai *Community leader*, yaitu menjalankan kepemimpinan diberbagai komunitas, baik komunitas profesi maupun komunitas sosial. Peran perawat sebagai *community leader* dalam keselamatan pasien, salah satunya adalah dengan menjadi koodinator keselamatan pasien. Perawat dapat berperan sebagai Koordinator Keselamatan Pasien. Banyak rumah sakit memilih perawat sebagai ketua tim keselamatan pasien. Sebagai tim keselamatan pasien perawat mempunyai tugas memastikan semua standar dan sasaran keselamatan pasien

diikuti, termasuk pelaporan insiden. Secara rinci berikut tugas dari tim keselamatan pasien:

- a. Menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang Keselamatan Pasien untuk ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.
- b. Mengembangkan program Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.
- d. Melakukan pelatihan Keselamatan Pasien bagi fasilitas pelayanan kesehatan.
- e. Melakukan pencatatan, pelaporan Insiden, analisis insiden termasuk melakukan RCA, dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan Keselamatan Pasien.
- f. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien.
- g. Membuat laporan kegiatan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.
- h. Mengirim laporan Insiden secara kontinu melalui e-reporting sesuai dengan pedoman pelaporan Insiden.

### 3. Pendidik (*Educator*)

Peran perawat sebagai edukator adalah mendidik Pasien dan keluarga yang menjadi tanggungjawabnya. Peran perawat edukator dalam upaya meningkatkan partisipasi pasien dan keluarga pasien dalam program edukasi diharapkan dapat memberikan dampak baik sehingga tujuan perawatan tercapai lebih cepat, serta pasien dan keluarganya mampu menetapkan rencana yang berkaitan dengan penyakitnya. Perawat edukator berupaya untuk meningkatkan status kesehatan dan keterlibatan pasien serta keluarga pasien dalam pengambilan keputusan terkait dengan perawatan dan pengobatan yang berkelanjutan untuk meningkatkan keselamatan pasien (Fereidouni et al., 2019; Halawa dkk, 2021). Pasien dapat mengalami ancaman keselamatan selama perawatan di rumah sakit apabila tidak mendapatkan informasi yang jelas dan spesifik. Misalnya perawat kurang memberikan informasi terkait dengan lingkungan dan peralatan yang ada di rumah sakit. Dampak yang dapat terjadi yaitu pasien dapat mengalami cedera. Peran perawat sebagai edukator merupakan salah satu penatalaksanaan penting menghadapi masalah tersebut. Melalui edukasi yang diberikan oleh perawat diharapkan dapat meningkatkan

kewaspadaan pasien dan keluarga terhadap bahaya yang ada disekitar pasien selama perawatan sehingga terhindar dari insiden keselamatan pasien.

Mendidik pasien dan keluarga menjadi standar kedua dalam tujuh standar keselamatan pasien. Dalam standar tersebut disebutkan bahwa 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.

#### 4. **Pengelola (*Manager*)**

Perawat sebagai manager adalah mengaplikasikan kepemimpinan dan manajemen keperawatan dalam asuhan pasien. Peran manager dalam keperawatan dilaksanakan mulai dari merencanakan, mengorganisasi, mengarahkan, hingga mengevaluasi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan pasien. Peran perawat sebagai manager dalam keselamatan pasien dapat ditunjukkan dengan perawat secara produktif mengarahkan upaya diberbagai layanan keperawatan untuk mendorong budaya dan komitmen yang diperlukan dalam mengatasi penyebab yang mendasari terjadinya insiden keselamatan pasien yang dapat merugikan pasien, keluarga, dan pemangku kepentingan. Contohnya perawat manager selalu mengingatkan anggota timnya untuk melaksanakan setiap tindakan keperawatan yang dikerjakan sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku.

Clarke (2007) menyoroti bahwa pemimpin harus melihat masalah keselamatan pasien sebagai masalah pada sistem, bukan pada staf. Pemimpin harus menunjukkan komitmennya untuk membuat institusi aman dengan kata-kata dan tindakan. Peran dan praktik perawat sebagai manager adalah melaksanakan *Continuous Improvement* yang berarti perbaikan dan penyempurnaan

berkesinambungan yang melibatkan seluruh anggota dalam hirarki organisasi. Hal ini memungkinkan perawat sebagai manager untuk dapat menyelidiki masalah, memetakannya, dan kemudian secara kritis mengamati setiap langkah dari proses tersebut.

Perawat yang menjalankan peran manager akan mencari tahu penyebab masalah dengan menggunakan proses *root cause analysis*. Perawat koordinator akan menanyakan “*Why*” berulang kali hingga penyebab masalah fundamental teridentifikasi. Setelah mengidentifikasi akar penyebab, perawat manager berperan memandu anggota tim melalui perubahan kearah yang lebih baik. Dalam kondisi terjadinya insiden keselamatan pasien, perawat manager tidak semata-mata mencari siapa yang bersalah dan memberikan sanksi atau yang biasa dikenal melakukan *blaming culture*. Perawat koordinator diharapkan mampu memotivasi anggota timnya untuk menghindari kelalaian dalam pelayanan keperawatan, dan apabila terjadi insiden keselamatan pasien agar setiap anggota timnya berani mempertanggungjawabkan dengan menuliskan laporan insiden keselamatan pasien sebagai proses pembelajaran. Berdasarkan hal tersebut peran manager perawat dalam keselamatan pasien meliputi kebutuhan perawat untuk memfasilitasi perubahan, budaya mendidik, membimbing, dan mengawasi serta koordinasi pelayanan. Pemimpin perawat mengintegrasikan layanan, memperbaiki kebijakan dan prosedur yang tidak memadai, mengawasi peningkatan kinerja staf, dan mengurangi risiko terjadinya kesalahan medis atau Kejadian Tidak Diharapkan.

## 5. Peneliti (*Researcher*)

Peran perawat sebagai peneliti, yaitu melakukan penelitian keperawatan dengan cara menumbuhkan keingintahuan dalam mencari jawaban terhadap fenomena keperawatan dan kesehatan yang terjadi dan menerapkan hasil kajian dalam upaya mewujudkan praktik berbasis bukti (*Evidence Based Nursing Practice*). *Evidence-based nursing practice* (EBP) adalah pendekatan yang menggabungkan bukti penelitian terbaik dengan keahlian klinis dan nilai-nilai pasien untuk membuat keputusan perawatan yang efektif. Dalam konteks keselamatan pasien, EBP sangat penting karena dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan mengurangi risiko kesalahan medis. Beberapa manfaat utama EBP dalam keselamatan pasien meliputi:

- Peningkatan kualitas perawatan: Dengan menggunakan bukti terbaru, perawat dapat memberikan perawatan yang lebih efektif dan efisien

- Pengurangan kesalahan tindakan: EBP membantu dalam mengidentifikasi praktik terbaik yang dapat mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.
- Pengambilan keputusan yang lebih baik: Integrasi bukti ilmiah dengan pengalaman klinis memungkinkan perawat membuat keputusan yang lebih tepat dan berdasarkan data.
- Peningkatan kepuasan pasien: Pasien cenderung merasa lebih puas dengan perawatan yang didasarkan pada bukti ilmiah yang kuat.

Kewajiban perawat secara umum terhadap keselamatan pasien antara lain melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar sehingga dapat mencegah terjadinya cedera pada pasien. Perawat lebih peka terhadap terjadinya cedera. Melakukan pelayanan keperawatan berdasarkan kompetensi. Teliti, obyektif dalam kegiatan. Mendokumentasikan secara lengkap asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga, serta selalu mengikuti peraturan dan kebijakan institusi.

## B. Rangkuman

Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam memastikan keselamatan pasien. Perawat merupakan tenaga profesional kesehatan yang paling dominan dan memiliki hubungan secara langsung dengan pasien. Perawat juga selalu hadir untuk memenuhi kebutuhan pasien selama pelayanan kesehatan diberikan (Roussel, Swansburg dkk., 2008) dan secara teratur berinteraksi dengan keluarga, dokter, apoteker, dan semua anggota tim perawatan kesehatan lainnya untuk koordinasi dan komunikasi tentang kondisi pasien. Peran perawat secara umum sesuai standar kompetensi perawat adalah memberi pelayanan/asuhan (*care provider*), pemimpin kelompok (*community leader*), pendidik (*educator*), pengelola (*manager*) dan peneliti (*researcher*) (PPNI, 2013). Peran perawat dari perspektif keselamatan pasien termasuk mengobservasi kondisi klinis pasien, mendeteksi adanya kesalahan dan tindakan yang dapat menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien, memahami proses perawatan dan kelemahan yang melekat pada beberapa sistem, serta melaksanakan berbagai tugas lainnya untuk memastikan pasien menerima perawatan yang berkualitas.

## C. Asesmen Pembelajaran

1. Seorang perawat di ruang rawat inap bedah melakukan asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan fraktur femur. Setiap akan melakukan tindakan keperawatan

perawat tersebut selalu menanyakan ulang nama dan meminta pasien menunjukkan gelang warna biru yang dipakainya. Tindakan yang dilakukan perawat tersebut merupakan sebuah upaya dalam

- A. Menjalankan tugas profesi
  - B. Mencegah terjadinya cedera pada pasien
  - C. Menjalankan advice dokter
  - D. Mencegah terjadinya komplain
  - E. Menjalankan tugas dengan empati
2. Ketua tim keselamatan pasien rumah sakit mewajibkan kepada semua perawat untuk melaporkan semua kejadian insiden keselamatan pasien, baik kejadian yang menyebabkan cedera atau hampir membuat pasien cedera wajib dilaporkan kepada tim keselamatan pasien rumah sakit. Apakah tujuan dari tindakan tersebut?
- A. Mencegah terjadinya pengulangan KTD
  - B. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
  - C. Meningkatkan kualitas dan citra Rumah Sakit
  - D. Menurunnya kejadian tidak diharapkan di Rumah Sakit
  - E. Terlaksananya program-program pencegahan IKP
3. Seorang perawat melakukan skin test pada pasien perempuan usia 24 tahun untuk mengetahui reaksi sensitifitas terhadap ceftriaxone. Setelah 10 menit hasil evaluasi perawat, terdapat tanda kemerahan di area injeksi. Apakah manajemen keselamatan pasien yang dapat dilakukan perawat ?
- A. Memasang gelang warna merah pada lengan pasien
  - B. Memberikan ceftriaxone dengan dosis kecil
  - C. Memasang gelang berwarna kuning pada lengan pasien
  - D. Mengganti obat ceftriaxone dengan obat yang lebih kecil dosisnya
  - E. Menerapkan prinsip aseptik untuk injeksi ceftriaxone
4. Perawat A dan B bekerja di rumah sakit yang sama tetapi berbeda unit, mereka bersahabat. Suatu waktu perawat A bertanya kepada perawat B tentang seseorang yang dirawat di unit perawat B. perawat A tidak mempunyai kaitan langsung dalam perawatan pasien tersebut. Perawat B menyampaikan kepada perawat A bahwa dia tidak dapat menyampaikan informasi pasien yang ditanyakan. Apakah tujuan dari tindakan yang dilakukan perawat B tersebut?
- A. Memenuhi hak pasien
  - B. Merupakan kewajiban perawat
  - C. Mencegah tuntutan keluarga pasien

- D. Menjaga komunikasi
  - E. Menjalankan standar Rumah Sakit
5. Seorang perawat yang baru pulang pelatihan tentang manajemen pasien isolasi ditugaskan langsung di ruang isolasi untuk merawat pasien dengan penyakit autoimun. Kondisi penyakit pasien tersebut dapat meningkatkan terjadinya infeksi akibat perawatan kesehatan. Tindakan apakah yang dapat dilakukan perawat untuk menjamin keselamatan pasien tersebut?
- A. Selalu mengidentifikasi pasien dengan benar setiap akan melakukan tindakan
  - B. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
  - C. Meningkatkan komunikasi yang efektif dengan pasien
  - D. Menjelaskan kepada pasien prosedur untuk meningkatkan imunitas
  - E. Mendampingi pasien untuk mencegah resiko jatuh pada pasien
6. Seorang pasien laki-laki usia 58 tahun dirawat dengan stroke haemoragie sejak 1 minggu yang lalu, saat ini keadaan umum masih lemah, kesadaran somnolent, anggota gerak kiri lemah. Apakah tindakan untuk mencegah pressure ulcer pada pasien tersebut?
- A. Mengubah posisi pasien setiap 2-3 jam
  - B. Memasang pengaman tempat tidur
  - C. Memasang oksigen kanul 2 liter per menit
  - D. Memasang kateter urin
  - E. Melakukan latihan ROM

## BAB XI

### EARLY WARNING SYSTEM

#### Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tentang *Early Warning System*.
2. Menjelaskan tentang parameter yang digunakan dalam *Early Warning Score*.
3. Melakukan penilaian *Early Warning Score*.

#### A. *Early Warning System Score*

Pelayanan yang komprehensif menjadi kebutuhan pasien selama mendapatkan perawatan. Perawat sebagai bagian dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit juga dituntut untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensi dan paripurna. Asuhan keperawatan sebagai inti dari praktik keperawatan merupakan suatu kegiatan interaksi perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk mencapai pemenuhan kebutuhan dan pemantauan kondisi pasien sebelum mengalami perubahan kondisi. Salah satu upaya untuk mencegah terjadinya henti jantung adalah dengan deteksi lebih awal terhadap perburukan kondisi pasien sebelum terjadinya henti jantung, dimana salah satu peran perawat adalah memeriksa kondisi pasien dan melakukan pencegahan terhadap cedera dan kesalahan atau kelainan (Sudjiati dan Hariyati, 2019).

Early Warning System Score (EWSS) atau disebut juga *Early Warning Score* (EWS) yaitu sebuah sistem pemantauan dengan skoring fisiologis yang digunakan sebelum pasien mengalami kondisi kegawatan. EWS merupakan sistem peringatan dini di rumah sakit berupa rangkaian sistem komunikasi informasi, dimulai dari deteksi awal, dilanjutkan dengan pengambilan keputusan untuk penanganan berikutnya. Penilaian pada sistem peringatan dini ini menggunakan skor yang disebut Early Warning Score. Skoring EWS disertai dengan algoritme tindakan berdasarkan hasil skoring dari pengkajian pasien. *Early Warning Score* (EWS) adalah sebuah pendekatan sistematis yang menggunakan scoring untuk mengidentifikasi perubahan kondisi seseorang sekaligus menentukan langkah selanjutnya yang harus dikerjakan (Fox & Elliott, 2015). EWS dapat digunakan sebagai instrumen deteksi perubahan fisiologis dan memprioritaskan tindakan medis yang harus diimplementasikan kepada pasien. Adanya EWS perburukan kondisi pasien yang terjadi dapat secara cepat ditangani sesuai dengan protokol yang benar sehingga menghindarkan dari kegawatan. EWS yang umumnya digunakan adalah *National Early Warning System* (NEWS). NEWS adalah sistem penilaian kumulatif yang menstandarkan penilaian tingkat keparahan penyakit akut. Alat sederhana yang

saat ini sudah digunakan hampir di seluruh rumah sakit, yang penilaian skoringnya dihitung dari tanda-tanda vital pasien.

*Early Warning Score* sistem menggunakan penanda berupa skor untuk menilai perburukan kondisi pasien dan dapat meningkatkan pengelolaan perawatan penyakit secara menyeluruh. EWSS dapat mengidentifikasi keadaan pasien yang berisiko lebih awal dan menggunakan multi parameter. Parameter dalam metode EWS yaitu tingkat kesadaran, respirasi atau pernafasan, saturasi oksigen, oksigen tambahan, suhu, denyut nadi, dan tekanan darah sistolik. Masing-masing parameter akan dikonversikan kedalam bentuk angka, dimana makin tinggi nilainya maka makin abnormal keadaan pasien sehingga menjadi indikasi untuk dilakukan tindakan pertolongan sesegera mungkin. Pengkajian EWS dapat dilakukan pada pasien baru di IGD dan ruang rawat inap. Para ahli mengatakan bahwa, sistem ini dapat menghasilkan manfaat lebih bagi pasien dengan mengidentifikasi penurunan kondisi pasien. Sistem ini dirancang untuk identifikasi tepat waktu terhadap risiko perburukan penyakit.

Tujuan dari EWS adalah untuk mendeteksi dini atau pemantauan kondisi pasien, memastikan manajemen yang tepat bagi pasien yang mengalami perburukan di ruang rawat inap rumah sakit, mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi kematian, meningkatkan keselamatan pasien, dan kualitas pelayanan serta mengurangi biaya perawatan.

EWS juga memberikan kerangka yang jelas kepada perawat dalam identifikasi dan pengelolaan pasien dewasa yang berisiko mengalami penurunan fisiologis (*Royal Collage of Physicians*, 2017). Jika perawat gagal dalam penilaian dan mengenal tanda-tanda pasien yang berisiko mengalami penurunan fisiologis dapat menyebabkan pengelolaan yang tidak tepat waktu dan akan terjadi keterlambatan dalam pengobatan. Pengkajian EWS yang tidak dilakukan oleh perawat dengan benar dapat membuat tenaga kesehatan gagal untuk mengenali, meningkatkan perawatan dan memberi respon klinik yang tepat.

EWS menjadi alat yang digunakan oleh tim perawatan rumah sakit untuk mengenali tanda-tanda awal perburukan klinis untuk memulai intervensi yang efektif dan efisien. Manfaat EWS antara lain:

- 1) Sistem EWS untuk deteksi dini penyakit akut dengan mengukur parameter fisiologis spesifik dengan format standar.
- 2) Sistem penilaian standar untuk menentukan tingkat keparahan penyakit guna mendukung pengambilan keputusan klinis yang konsisten dan respons klinis yang tepat.

- 3) Standardisasi pelatihan dalam pendeteksian penyakit akut dan manajemen pasien yang mengalami penurunan secara klinis.
- 4) Adopsi sistem penilaian standar di seluruh rumah sakit, tidak hanya dalam konteks perburukan klinis akut tetapi juga untuk pemantauan terus-menerus dari semua pasien.

EWS menggunakan beberapa parameter fisiologis seperti tekanan darah, nadi, respirasi, saturasi oksigen, tingkat kesadaran dan intake output cairan. Sehingga dapat mengurangi kejadian henti jantung dalam kurun waktu 48 jam. Secara umum pasien dengan skor EWS baik, memiliki tingkat kecenderungan terkena serangan henti jantung lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang nilai EWS nya kurang baik.

Beberapa study meyakini bahwa, dampak dari penerapan EWS dapat meningkatkan respon dari tim perawatan dalam menangani pasien yang mengalami perburukan klinis, membantu pengambilan keputusan klinis dan memungkinkan perawatan individu yang lebih efektif untuk hasil kesehatan pasien yang lebih baik. Sehingga pelayanan di rumah sakit menjadi efektif dan efisien. Selain dapat dimanfaatkan sebagai instrumen pendeteksi perubahan fisiologis, EWS bisa diimplementasikan untuk mengurangi angka risiko kegawatan pada pasien dengan syarat dijalankan dengan baik sesuai protokol standar. Selain itu risiko buruk yang dapat terjadi adalah length of stay yang terlalu lama, kesalahan pemeriksaan pasien dan tindak lanjutnya, henti jantung, serta insiden diruang perawatan kritis (Fox & Elliott, 2015).

### **Jenis Instrumen EWS**

#### **1. NEWS (*National Early Warning Score*)**

NEWS penilaian ini dilakukan pada orang dewasa (berusia lebih dari 18 tahun), tidak untuk anak-anak dan ibu hamil, NEWS menggunakan pengkajian 6 (enam) parameter fisiologis, yaitu:

- a. Frekuensi pernafasan
- b. Saturasi oksigen
- c. Tekanan darah sistolik
- d. Denyut nadi
- e. Tingkat kesadaran
- f. Suhu

2. PEWS (*Pediatric Early Warning Signs*)

*Pediatric Early Warning System* adalah penggunaan skor peringatan dini terhadap pasien anak dirumah sakit, PEWS menggunakan 8 (delapan) parameter fisiologis, yaitu :

- a. Tingkat kesadaran
- b. Frekuensi Nafas
- c. Usaha Nafas
- d. Therapy oksigen
- e. Saturasi Oksigen Perifer
- f. Frekuensi Nadi
- g. Tekanan Darah
- h. Capillary Refill Time (CRT)

3. MEOS (Modified Early Obstetric Score)

*Modified Early Obstetric Warning Score* adalah penggunaan skor peringatan dini yang mengalami perubahan pada pasien ibu hamil dimulai usia 20 minggu sampai kelahiran anak usia 6 minggu. MEOWS menggunakan 11 (sebelas) parameter fisiologis, yaitu:

- a. Respirasi rate
- b. Saturasi oksigen
- c. Pemberian oksigen
- d. Suhu tubuh
- e. Tekanan darah sistolik
- f. Tekanan darah diastolik
- g. Frekuensi Nadi
- h. Tingkat kesadaran
- i. Nyeri
- j. Lochea
- k. Protein Urine

### **Pelaksanaan EWS**

EWS dilakukan terhadap semua pasien pada asesmen awal dengan kondisi penyakit akut dan pemantauan secara berkala pada semua pasien yang mempunyai risiko tinggi berkembang menjadi sakit kritis selama berada di rumah sakit. Pasien-pasien tersebut adalah:

1. Pasien yang keadaan umumnya dinilai tidak nyaman (*uneasy feeling*),
2. Pasien yang datang ke instalasi gawat darurat,

3. Pasien dengan keadaan hemodinamik tidak stabil,
4. Pasien yang baru dipindahkan dari ruang rawat intensif ke bangsal rawat inap.
5. Pasien yang akan dipindahkan dari ruang rawat ke ruang rawat lainnya,
6. Pasien paska operasi dalam 24 jam pertama sesuai dengan ketentuan penatalaksanaan pasien paska operasi.
7. Pasien dengan penyakit kronis,
8. Pasien yang perkembangan penyakitnya tidak menunjukkan perbaikan.
9. Pemantauan rutin pada semua pasien, minimal 1 kali dalam satu shift dinas perawat.
10. Pada pasien di Unit Hemodialisa dan rawat jalan lainnya yang akan dirawat inap untuk menentukan ruang perawatan.
11. Pasien yang akan dipindahkan dari RS ke rumah sakit lainnya

### **Kebijakan**

1. RS harus menerapkan pelaksanaan *early warning system* (EWS).
2. EWS dapat dipakai sebagai kriteria untuk meningkatkan frekuensi monitoring, penanganan maupun dalam hal meminta pertolongan ahli EWS
3. RS mengembangkan dan menerapkan proses yang sistematis agar staf dapat mengenali dan berespons terhadap perburukan kondisi.
4. Beberapa staf klinis diikutsertakan pelatihan
5. Perawat harus memeriksa TTV dengan benar, sesuai waktunya dan dicatat di dalam formulir yang tersedia.
6. RS mengembangkan dan menerapkan metoda pendokumentasian kriteria tanda awal perburukan kondisi pasien dan kapan harus mencari bantuan lanjut
7. Berdasarkan kriteria yang telah dibuat oleh RS, perawat harus melakukan tindakan tertentu sesuai kondisi pasien.
8. RS harus menginformasikan kepada pasien dan keluarga bagaimana mereka mencari bantuan pada saat terjadi perburukan kondisi pasien.

### **Penilaian *Early Warning Score***

Pada tahun 2012, Royal College of Physicians mengeluarkan *National Early Warning Score* (NEWS) yang kemudian dikembangkan kembali pada tahun 2017 berdasarkan hasil studi, publikasi dan laporan keefektifan penilaian NEWS ini. Penilaian ini didasarkan pada sistem penilaian sederhana dimana skor dialokasikan untuk fisiologis pengukuran. Enam parameter fisiologis sederhana menjadi dasar dalam sistem penilaian, diantaranya respirasi, saturasi oksigen, tekanan darah sistolik, denyut nadi, tingkat kesadaran dan suhu.

**Tabel 11. 1 Parameter Fisiologis National Early Warning Score (NEWS)**

Physiological parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO <sub>2</sub> Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO <sub>2</sub> Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

EWS menggunakan skor numerik dari 0 sampai dengan 3 pada grafik pengamatan kode warna. Skor 0 adalah skor yang diinginkan dan skor 3 adalah skor yang tidak diinginkan. Skor ini dijumlahkan dengan semua parameter dalam skor total dan dicatat sebagai EWS dari pasien. Untuk penilaian kesadaran yang sebelumnya normal tiba-tiba terjadi perubahan dalam menanggapi pertanyaan dengan koheren (nyambung), tidak bingung atau disorientasi. Kondisi ini akan mendapatkan skor 3.

Penilaian dengan skor yang didapatkan dari masing-masing dikumpulkan menjadi satu kemudian ditotal untuk menuntun ke respon atau intervensi yang sesuai. Bila dalam penilaian didapatkan skor 3 pada salah satu parameter fisiologis, maka penderita dikelompokkan dalam kategori merah. Pemantauan EWS disertai dengan tatalaksana tindakan berdasarkan hasil skoring pengkajian pasien akan mampu mendukung kemampuan perawat dalam mengenali dan mengintervensi secara tepat waktu dalam mengatasi tanda-tanda perburukan kondisi pasien (Rachmawati, dkk, 2023).

**Tabel 11. 2 Ambang Batas Risiko Klinis dan Respon NEWS**

NEW score	Clinical risk	Response
Aggregate score 0–4	Low	Ward-based response
Red score Score of 3 in any individual parameter	Low–medium	Urgent ward-based response*
Aggregate score 5–6	Medium	Key threshold for urgent response*
Aggregate score 7 or more	High	Urgent or emergency response**

\* Response by a clinician or team with competence in the assessment and treatment of acutely ill patients and in recognising when the escalation of care to a critical care team is appropriate.

\*\*The response team must also include staff with critical care skills, including airway management.

**Tabel 11. 3 Respon Klinis National Early Warning Score (NEWS)**

Skor	Frekuensi Observasi	Respon Klinis
0	Minimal setiap 12 jam	Lanjutkan pemantauan EWS
Total 1-4	Minimal setiap 4-6 jam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laporkan kepada perawat yang bertanggung jawab.</li> <li>- Perawat penanggung jawab memutuskan apakah ada perubahan frekuensi pemantauan klinis atau eskalasi perawatan klinis diperlukan</li> </ul>
Skor merah tunggal	Minimal setiap 1 jam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat penanggung jawab menginformasikan dokter yang akan meninjau dan memutuskan apakah eskalasi perawatan diperlukan</li> </ul>
Total 5-6	Minimal setiap 1 jam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat pelaksana segera menginformasikan kepada perawat penanggung jawab yang merawat pasien</li> <li>- Perawat penanggung jawab meminta penilaian cepat oleh dokter atau tim dengan kompetensi dalam perawatan pasien akut</li> <li>- Memberikan perawatan klinis dengan alat-alat observasi</li> </ul>
Total lebih dari 7	Pemantauan tanda-tanda vital secara terus menerus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat penanggung jawab menginformasikan tim medis yang merawat pasien, minimal tingkat spesialis</li> <li>- Penilaian kedaruratan oleh tim dengan kompetensi pemantauan perawatan kritis berkelanjutan, termasuk tanda-tanda vital dengan kompetensi manajemen jalan nafas tingkat lanjut</li> <li>- Pertimbangkan pemindahan perawatan ke fasilitas perawatan lebih tinggi atau ICU</li> <li>- Memberikan perawatan klinis dengan alat-alat observasi.</li> </ul>

EWS digunakan untuk membantu pengambilan keputusan klinis yang paling tepat dalam perawatan berkelanjutan. Kebijakan lokal menentukan jalur untuk eskalasi yang efisien dan transfer perawatan, termasuk akses ke pemantauan klinis di rumah sakit, yaitu ruang rawat yang dipantau, dengan staf terlatih untuk menafsirkan dan menanggapi dengan tepat, akses tepat waktu ke staf terlatih dalam perawatan kritis, yaitu manajemen jalan nafas dan resusitasi dan, kapan diperlukan, akses ke tempat tidur dengan ketergantungan lebih tinggi atau perawatan kritis dan akses tepat waktu ke perawatan spesialis akut, yaitu jantung akut, pernapasan, neurologis, hati, atau ginjal mendukung.

EWS dilakukan terhadap semua pasien pada assesmen awal dengan kondisi penyakit akut dan pemantauan secara berkala pada semua pasien yang mempunyai risiko tinggi berkembang menjadi sakit kritis selama berada di rumah sakit. Pasien-pasien yang perlu dilakukan pengukuran adalah pasien yang keadaan umumnya dinilai tidak nyaman (*uneasy feeling*), pasien yang datang ke instalasi gawat darurat, pasien dengan keadaan hemodinamik tidak stabil, pasien yang baru dipindahkan dari ruang rawat intensif ke ruang rawat inap, pasien yang akan dipindahkan dari ruang rawat ke ruang rawat lainnya, pasien paska operasi dalam 24 jam pertama sesuai dengan ketentuan penatalaksanaan pasien paska operasi, pasien dengan penyakit kronis, pasien yang perkembangan penyakitnya tidak menunjukkan perbaikan, pemantauan rutin pada semua pasien minimal 1 kali dalam 1 shift dinas perawat, pada pasien pada unit hemodialisa dan rawat jalan lainnya yang akan dirawat untuk menentukan ruang perawatan dan pasien yang akan dipindahkan ke rumah sakit lainnya.

Tabel 11. 4 Observasi National Early Warning Score (NEWS)

NEWS key		FULL NAME													
0 1 2 3		DATE OF BIRTH						DATE OF ADMISSION							
	DATE													DATE	
	TIME													TIME	
<b>A+B</b> Respirations <small>Breaths/min</small>	≥25							3							≥25
	21-24							2							21-24
	18-20														18-20
	15-17														15-17
	12-14														12-14
	9-11							1							9-11
	≤8							3							≤8
<b>A+B</b> SpO <sub>2</sub> Scale 1 <small>Oxygen saturation (%)</small>	≥96							1							≥96
	94-95														94-95
	92-93							2							92-93
	≤91							3							≤91
<b>SpO<sub>2</sub> Scale 2<sup>1</sup></b> <small>Oxygen saturation (%)</small> <small>Use Scale 2 if target range is 88-92%, eg in hypercapnic respiratory failure</small>	≥97 <sub>on O<sub>2</sub></sub>							3							≥97 <sub>on O<sub>2</sub></sub>
	95-96 <sub>on O<sub>2</sub></sub>							2							95-96 <sub>on O<sub>2</sub></sub>
	93-94 <sub>on O<sub>2</sub></sub>							1							93-94 <sub>on O<sub>2</sub></sub>
	≥93 <sub>on air</sub>														≥93 <sub>on air</sub>
	88-92														88-92
	86-87							1							86-87
	84-85							2							84-85
<small><sup>1</sup>ONLY use Scale 2 under the direction of a qualified clinician</small>	≤83%							3							≤83%
<b>Air or oxygen?</b>	A=Air														A=Air
	O <sub>2</sub> L/min							2							O <sub>2</sub> L/min
	Device														Device
<b>C</b> Blood pressure <small>mmHg</small> <small>Score uses systolic BP only</small>	≥220							3							≥220
	201-219														201-219
	181-200														181-200
	161-180														161-180
	141-160														141-160
	121-140														121-140
	111-120														111-120
	101-110							1							101-110
	91-100							2							91-100
	81-90														81-90
	71-80														71-80
61-70							3							61-70	
51-60														51-60	
≤50														≤50	
<b>C</b> Pulse <small>Beats/min</small>	≥131							3							≥131
	121-130														121-130
	111-120							2							111-120
	101-110							1							101-110
	91-100														91-100
	81-90														81-90
	71-80														71-80
	61-70														61-70
	51-60														51-60
	41-50							1							41-50
	31-40														31-40
≤30							3							≤30	
<b>D</b> Consciousness <small>Score for NEWS onset of confusion (no score if chronic)</small>	Alert														Alert
	Confusion														Confusion
	V														V
	P							3							P
	U														U
<b>E</b> Temperature <small>°C</small>	≥39.1°							2							≥39.1°
	38.1-39.0°							1							38.1-39.0°
	37.1-38.0°														37.1-38.0°
	36.1-37.0°														36.1-37.0°
	35.1-36.0°							1							35.1-36.0°
≤35.0°							3							≤35.0°	
<b>NEWS TOTAL</b>															<b>TOTAL</b>
Monitoring frequency															Monitoring
Escalation of care Y/N															Escalation
Initials															Initials

## B. Ketrampilan Penilaian EWS

Prosedur pengkajian EWS sebagai berikut:

1. Perawat melakukan pengkajian EWS pada semua pasien IGD dan rawat inap didokumentasikan pada form EWS.
2. Perawat menulis tanggal dan jam pengkajian EWS.
3. Ukur score EWS sesuai dengan parameter. Hasil yang telah didapat dinilai sesuai dengan skor yang telah ditetapkan.
4. Tuliskan hasil yang didapat untuk parameter frekuensi nafas, saturasi oksigen, suhu, tekanan darah sistolik dan denyut jantung.
5. Untuk parameter alat bantu nafas, jika pasien menggunakan alat bantu nafas ditulis “ya” dan diberi skor 2, jika tidak memiliki alat bantu ditulis “tidak” dan diberi skor 0.
6. Untuk parameter kesadaran digunakan metode AVPU, pasien sadar (Awakeness) diberi skor 0. Jika pasien mengalami penurunan kesadaran dan harus menggunakan rangsangan suara (Verbal) atau nyeri (Pain). Jika pasien sama sekali tidak sadar (Unresponsive) diberi skor 3.
7. Hitung total skor hasil penilaian EWS
8. Tentukan kategori risiko klinis
9. Tentukan respon klinis
10. Lakukan intervensi sesuai respon klinis.
11. Dokumentasikan hasil perhitungan EWS.

Keberhasilan implementasi EWS dalam tatanan pelayanan kesehatan membutuhkan pengembangan dan evaluasi berkelanjutan. Pelaksanaan program pendidikan seperti training dan simulasi EWS untuk meningkatkan pengetahuan dan kompetensi perawat dalam menilai deteksi dini perburukan. Program pendidikan multidisiplin ini telah terbukti dalam meningkatkan kerjasama dan hubungan komunikasi antar dokter dan perawat dalam menangani kondisi pasien yang mengalami perburukan, sehingga pengambilan keputusan dan pengelolaan pasien dapat terlaksana dengan baik (Jamal, 2020).

Dengan adanya deteksi dini perburukan ini, diharapkan dapat memberikan manfaat yang positif bagi pelayanan kesehatan, khususnya perawatan kesehatan di rumah sakit dalam mencegah dan mendeteksi lebih awal akan terjadinya perburukan pada kondisi pasien. Pengetahuan dan kompetensi perawat serta kemampuan kolaborasi yang baik dengan dokter akan memberikan hasil yang maksimal dalam penanganan pasien serta kemajuan dari pelayanan di rumah sakit.

### C. Asesmen Pembelajaran

1. Tujuan penggunaan EWS adalah ?
  - A. Identifikasi pasien yang berisiko untuk mengalami penurunan kondisi klinis
  - B. Untuk mengukur kondisi tanda-tanda vital pasien
  - C. Sebagai salah satu bagian dari catatan keperawatan
  - D. Menentukan rencana terapi yang akan diberikan kepada pasien
  - E. Menilai keberhasilan perawatan
2. Apakah yang menjadi *Parameter Early warning score* (EWS) pada pasien dewasa ?
  - A. CRT
  - B. Lochea
  - C. Proteinurina
  - D. Pulse
  - E. Warna kulit
3. Apakah paramater dari EWS yang menggambarkan banyaknya kandungan oksigen didalam darah?
  - A. Saturasi oksigen
  - B. Tekanan darah sistolik
  - C. Denyut nadi
  - D. Laju pernafasan
  - E. Capillary reffil time
4. Seorang laki-laki berusia 45 tahun dirawat di bangsal bedah post operasi Laparatomi. Perawat melakukan pemeriksaan TTV didapatkan RR 18 kali per menit, saturasi oksigen 96 % tanpa alat oksigenasi, Tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 100 kali per menit, level kesadaran kompos mentis dan suhu 37,2 °C. Perawat melakukan penilaian menggunakan form NEWS 2. Berapa nilai EWS pasien?
  - A. 1
  - B. 3
  - C. 4
  - D. 5
  - E. 7
5. Seorang perempuan berusia 50 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri pada abdomen. Perawat melakukan pemeriksaan TTV didapatkan RR 18 kali per menit, saturasi oksigen 95% tanpa alat oksigenasi, Tekanan darah 130/100 mmHg, HR 132 kali per menit, suhu 37,2 °C pasien sadar penuh. Perawat melakukan penilaian menggunakan form NEWS 2. Parameter apakah yang mempunyai skor merah?

- A. Respiratori rate
  - B. Saturasi oksigen
  - C. Nadi
  - D. Tekanan darah
  - E. Suhu
6. Seorang perempuan berusia 36 tahun dirawat di bangsal penyakit dalam dengan keluhan dada berdebar dan nyeri. Perawat melakukan pemeriksaan TTV didapatkan RR 9 kali per menit, saturasi oksigen 95 % mendapatkan terapi oksigen 4 liter per menit, Tekanan darah: 130/90 mmHg, HR 90 kali per menit, suhu 37,2 °C dan level kesadaran somnolen. Perawat melakukan penilaian menggunakan form NEWS 2. Apakah tingkat risiko klinis EWS pasien?
- A. Tinggi
  - B. Rendah
  - C. Medium
  - D. Kritis
  - E. Rendah-medium
7. Seorang laki-laki berusia 48 tahun dirawat di bangsal bedah post operasi Apendiksitis. Perawat melakukan pemeriksaan TTV didapatkan RR 18 kali per menit, saturasi oksigen 96 % tanpa alat oksigenasi, Tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 100 kali per menit, level kesadaran kompos mentis dan suhu 37,2 °C. Perawat melakukan penilaian menggunakan form NEWS 2. Apakah respon yang harus dilakukan oleh perawat?
- A. *Urgent ward-based response*
  - B. *Ward based respon*
  - C. *Key threshold for urgent response*
  - D. *Urgent or emergency response*
  - E. *Code blue response*
8. Seorang laki-laki berusia 60 tahun dirawat di bangsal penyakit dalam MRS dengan keluhan nyeri pada dada sebelah kiri. Perawat melakukan pemeriksaan TTV didapatkan RR 18 kali per menit, saturasi oksigen 95% tanpa alat oksigenasi, Tekanan darah 130/100 mmHg, HR 132 kali per menit, suhu 37,2°C pasien sadar penuh. Perawat melakukan penilaian menggunakan form NEWS 2. Apakah respon yang harus dilakukan oleh perawat?
- A. *Ward based respon*
  - B. *Key threshold for urgent response*
  - C. *Urgent or emergency response*
  - D. *Code blue response*

E. *Urgent ward-based response*

9. Seorang pasien dirawat dengan fraktur karena kecelakaan lalu lintas. Pasien menunjukkan adanya perubahan tanda tanda klinis setelah dipindah rawat dari ruang bedah ke ruang rawat inap. Setelah dilakukan penilaian menggunakan NEWS skornya adalah 6. Apakah yang harus dilakukan terhadap pasien tersebut?
- A. Tetap merawat pasien diruangan tersebut
  - B. Memindahkan pasien ke ruang intensif
  - C. Memanggil tim code blue
  - D. Memanggil tim reaksi cepat
  - E. Memonitor kondisi pasien setiap 30 menit

#### D. Rangkuman

EWS merupakan sistem peringatan dini di rumah sakit berupa rangkaian sistem komunikasi informasi, dimulai dari deteksi awal, dilanjutkan dengan pengambilan keputusan untuk penanganan berikutnya. Penilaian pada sistem peringatan dini ini menggunakan skor yang disebut Early Warning Score. Skoring EWS disertai dengan algoritme tindakan berdasarkan hasil skoring dari pengkajian pasien. *Early Warning Score* (EWS) adalah sebuah pendekatan sistematis yang menggunakan scoring untuk mengidentifikasi perubahan kondisi seseorang sekaligus menentukan langkah selanjutnya yang harus dikerjakan (Fox & Elliott, 2015). EWS dapat digunakan sebagai instrumen deteksi perubahan fisiologis dan memprioritaskan tindakan medis yang harus diimplementasikan kepada pasien. Adanya EWS perburukan kondisi pasien yang terjadi dapat secara cepat ditangani sesuai dengan protokol yang benar sehingga menghindarkan dari kegawatan.

##### Jenis Instrumen EWS

- NEWS: *National Early Warning Score* penilaian ini dilakukan pada orang dewasa (berusia lebih dari 18 tahun), tidak untuk anak-anak dan ibu hamil, NEWS menggunakan pengkajian 6 (enam) parameter fisiologis.
- PEWS: *Pediatric Early Warning System* adalah penggunaan skor peringatan dini terhadap pasien anak dirumah sakit, PEWS menggunakan 8 (delapan) parameter fisiologis.
- MEOS: *Modified Early Obstetric Warning Score* adalah penggunaan skor peringatan dini yang mengalami perubahan pada pasien ibu hamil dimulai usia 20 minggu sampai kelahiran anak usia 6 minggu. MEOWS menggunakan 11 (sebelas) parameter fisiologis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aitken M, Gorokhovich L. (2012). Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. Parsippany, NJ: IMS Institute for Healthcare Informatics. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2222541](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2222541).
- Auraen, A., Slawomirski, L., & Klazinga, N.S. (2018). The economics of *Patient Safety* in primary and ambulatory care. OECD Health Working Papers.
- Clarke, J.R., Lerner, J.C., & Marella, W. (2007). The Role for Leaders of Health Care Organizations in Patient Safety. *American Journal of Medical* doi:10.1177/1062860607304743
- Daud, A. (2020). Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN). [https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/Rakerkesnas-2020/02-Side-event/SE\\_05/Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional \(Arjaty Daud\).pdf](https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/Rakerkesnas-2020/02-Side-event/SE_05/Sistem%20Pelaporan%20dan%20Pembelajaran%20Keselamatan%20Pasien%20Nasional%20(Arjaty%20Daud).pdf).
- Dhamanti, I; Legat, S; Barraclough, S. (2020). Practical and Cultural Barriers to Reporting Incidents Among Health Workers in Indonesian Public Hospitals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* .13 351–359.
- Dhamanti, I; Leggat, S; Barraclough, S; Tjahjono, B. (2019). *Patient Safety* Incident Reporting In Indonesia: An Analysis Using World Health Organization Characteristics For Successful Reporting. *Risk Management and Healthcare Policy*. 12 331–338.
- Donaldson, L., Ricciardi, W., Sheridan, S., & Tartaglia, R. (2021). Textbook of *Patient Safety* and Clinical Risk Management.
- Ekayani NP, Wardhani V, Rachmi AT. (2017). Nurses' intention and behavior in reporting adverse event: application of theory of planned behavior. *Natl Public Health J*. 11(3):138–144.
- Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). Moving Into Action: The Master Key to Patient Education. *Journal of Nursing Research*, 27(1), <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000280>
- Fox, A., & Elliott, N. (2015). Early warning scores: A sign of deterioration in patients and systems. *Nursing Management*. <https://doi.org/10.7748/nm.22.1.26.e1337>
- Hafezi, A., Babaii, A., Aghaie, B., & Abbasinia, M.. (2022). The relationship between *Patient Safety* culture and *Patient Safety* competency with adverse events: a multicenter cross-sectional study. *BMC Nurs*;21(1):292. doi: 10.1186/s12912-022-01076-w. PMID: 36319970; PMCID: PMC9628064.
- Halawa, A., Setiawan, & Syam, B. (2021). Persepsi Perawat tentang Peran dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(1), <https://doi.org/10.31539/joting.v3i1.2096>
- Jamal, N., (2020). Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Perawat tending Early Warning Score (EWS) Di RSUP H. Adam Malik Medan. <http://repositori.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/28921/161101136.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Juniarti, N. H. and Mudayana, A. A. (2018). Penerapan Standar Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat\*, *Jurnal Kesehatan Poltekkes Ternate*, 11(2), pp. 93–108. doi: 10.32763/juke.v11i2.91.

- Keselamatan Pasien, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 (2017). <https://jdih.baliprov.go.id/uploads/produk-hukum/peraturan/2017/PERMENKES/permenkes-11-2017.pdf>
- Khoo EM, Lee WK, Sararaks S, Samad AA, Liew SM, Cheong AT, et al. 2012. Medical errors in primary care clinics—a cross sectional study. *BMC Fam Pract.* 3:127. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-127>.
- Larasati,A; Dhamanti,I. (2021). Studi Literatur: Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit di Indonesia. *Media Gizi Kesmas*, Vol. 10. No. 1, Juni 2021: Halaman : 138-148
- Marthoenis, ., & Mutiawati R, E. (2020). The Implementation of *Patient Safety* by Nurses at Inpatient Rooms of Community Health Centers. <https://doi.org/10.5220/0008395501360140>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). (2015). Improving diagnosis in health care. Washington, DC: The National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338596/>
- Octarini, N. K. A., Yanti, N. P. E. D., & Krisnawati, K. M. S. (2019). Hubungan pengetahuan perawat dan fungsi kepala ruangan dengan motivasi perawat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 9(3), 241-248. <http://www.journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/525>
- Partners HealthCare.(n.d). The Morse Fall Scale Training Module. <https://www.brighamandwomens.org/assets/bwh/medical-professionals/pdfs/fall-tips-toolkit-mfs-training-module.pdf>
- Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2017 (2017). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/112075/permenkes-no-27-tahun-2017>
- Rachmawati, DS., Martyastuti, NE., Setiari, T., Handayani, T., Yanti,NPED., Massa, K., Noviani, RWH., Anggarawati, T., Suherman, Umboh, MJ.,Barahama, A., Susiladewi, IAMV.(2023). Manajemen Keselamatan Pasien. ISBN : 978-623-8345-06-9. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia
- Ricciardi, W., & Cascini, F. (2021). Guidelines and Safety Practices for Improving Patient Safety. In W. R. Cascin, L. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan, & R. Tartaglia (Eds.), *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (p. 3). Switzerland, Switzerland: Springer. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9>
- Roussel, L., Swansburg, R. J., & Swansburg, R. C. (2008). Management and leadership for nurse administrators. (M. J. and B. P. Sudbury (ed.)).
- Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: RCP. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>
- RSUD Mohammad Natsir. (2022). Panduan Resiko Jatuh. [https://ppid.sumbarprov.go.id/images/2023/07/file/PANDUAN\\_RISIKO\\_JATUH\\_2022\\_RSUD\\_MOHAMMAD\\_NATSIR\\_compressed1.pdf](https://ppid.sumbarprov.go.id/images/2023/07/file/PANDUAN_RISIKO_JATUH_2022_RSUD_MOHAMMAD_NATSIR_compressed1.pdf)
- Sudjiati, E., Hariyati, Rr., (2019). Efektifitas Penggunaan Teknologi Early Warning Scoring System (EWSS) dalam Keperawatan. *Jurnal Online Keperawatan Indonesia* Vol 2 No.2 (34-39). <http://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/Keperawatan/article/download/892/806/>

- Tutiany.,Lindawati.,Krisanti, P. (2017). Bahan Ajar Keperawatan: Manajemen keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- World Health Organization. 2023. Patient Safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization. (2009). WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>
- World Health Organization. (2017). Global *Patient Safety* challenge: medication without harm. WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf

## INDEKS

---

### A

Agen · 81, 82  
Airborne · 102  
Alat pelindung diri · 87  
Aliran darah · 36, 80  
Apron · vi, 94, 95, 108  
*Assessment* · 45, 46, 50, 51, 117, 154

---

### B

*Background* · 44, 46, 47, 50, 51, 154  
Bands · 147, 148  
Biru · 23, 29, 33, 37, 40, 144, 160  
Bundles · 83, 104, 105, 106, 112

---

### C

Cedera · 1, 2, 3, 8, 9, 14, 15, 21, 31, 40, 53, 57, 62, 105, 108, 115, 119, 133, 137, 138, 139, 141, 146, 150, 152, 155, 156, 159, 160, 162  
*Commission* · 8  
Coverall · vi, 94, 95, 108, 110

---

### D

Diwaspadai · 14, 53, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 155  
*Double Check* · 58, 60, 63  
Droplet · 82, 91, 102, 103, 113

---

### E

*Early Warning Score* · vii, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 170, 174, 175, 176  
Early Warning System · v, 162, 165, 174  
Edmonson · vii, 120, 126, 130  
Ekstrinsik · vii, 116  
Elektrolit · vi, 53, 56, 57, 59, 62, 63

---

### F

Faktor Risiko · 83, 112, 116, 130  
Fall risk · 24  
FEFO · 57, 63  
FIFO · 57, 63

---

### G

Gaun · 94, 95, 96, 109  
Gelang · 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 35, 37, 39  
Gelang identifikasi · 25  
Gelang risiko · 27  
Geriatri · 120

Grading · 145, 147, 148, 152

---

### H

HAI's · 80, 81, 82, 102, 103, 104, 112  
Hak pasien · 9, 160  
*High-Alert Medications* · 53  
*Host* · 82  
*Human error* · 3, 7, 15, 59, 63  
*Human factors* · 7  
Humpty Dumpty · 120, 124, 130

---

### I

Identifikasi Pasien · iv, 21, 25, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36  
Indikasi · 84, 87, 88, 94, 96, 98, 99  
Infeksi · 3, 14, 17, 69, 80, 81, 82, 83, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 111, 112, 113, 114, 134, 155, 161  
Insiden · 1, 2, 8, 9, 11, 14, 15, 119, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 150, 152, 153, 156, 157, 158, 159, 160, 164, 176  
Intrinsik · 116  
Investigasi · 1, 31, 141, 142, 143, 144, 148, 149  
Isolasi · 83, 99, 100, 101, 102, 113, 161

---

### J

Jatuh · 16, 115, 116, 117, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 176

---

### K

Kalium · 56  
Keamanan Obat · iv, 53, 61  
Kebersihan · 84, 100, 106, 107, 108  
Kejadian · 1, 3, 6, 8, 12, 22, 43, 53, 56, 65, 74, 75, 80, 81, 83, 107, 112, 116, 119, 121, 133, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 151, 152, 160, 164  
Kejadian Tidak Cedera · 133, 137, 140, 151  
Kejadian tidak Diharapkan · 133, 137  
Kepemimpinan · 9, 11, 12, 155, 157  
Keputusan · 5, 6, 7, 11, 20, 66, 68, 125, 144, 154, 156, 158, 159, 162, 163, 164, 169, 171, 174  
Kesalahan · 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 21, 23, 30, 31, 42, 51, 53, 56, 57, 59, 60, 61,

62, 63, 64, 65, 66, 72, 73, 78, 136, 138, 139, 153, 154, 158, 159, 162, 164  
Keselamatan pasien · i, ii, iii, 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 31, 40, 42, 47, 57, 58, 59, 61, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 113, 133, 135, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 148, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 176, 182  
Kesinambungan pelayanan · 9, 10  
Kewaspadaan · 53, 57, 59, 62, 83, 84, 99, 102, 112, 157  
Kinerja · 9, 11, 12, 158  
Koma · 29  
Komprehensif · i, 2, 7, 144, 154, 162  
Komunikasi · 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 26, 31, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 64, 65, 71, 78, 113, 153, 154, 159, 161, 162, 171, 174  
Komunikasi efektif · 42  
Kontak · 103  
Kontributor · 6

---

## **L**

LABEL · 58, 64  
*Lapses* · 4, 16  
LASA · vi, 53, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 133, 139, 177  
Lokasi · 14, 22, 30, 38, 39, 40, 44, 47, 51, 65, 66, 67, 68, 72, 73, 74, 75, 78, 82, 106, 118, 123, 127, 128, 134, 155  
*Look-Alike Sound-Alike* · 53

---

## **M**

*Manager* · 157  
Masker · 87, 91, 92, 93, 99, 102, 103, 109, 110, 111  
Matriks · 141, 146, 147  
Melepas · 30, 37, 87, 93, 96, 97, 110  
Merah muda · 23, 29, 37  
Mikrobiologi · 81  
Mikroorganisme · 81, 82, 99, 107, 108  
Misidentifikasi · 31  
*Mistakes* · 4, 16  
Monitoring · 15, 44, 106, 166  
Morse Fall Scale · vii, 120, 121, 130, 176

---

## **N**

Neonatus · 29, 37  
NORUM · 53, 55, 58, 62, 63

Nyaris Cedera · 12, 133, 137, 140, 151

---

## **O**

Obat · 1, 4, 7, 14, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 40, 42, 44, 48, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 69, 83, 88, 89, 102, 105, 112, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 123, 124, 126, 127, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 149, 150, 154, 155, 160, 177  
*Omission* · 8, 133, 137, 138

---

## **P**

Parameter fisiologis · 163, 164, 165, 166, 167, 174  
*Patient Safety* · 3, 7, 80, 175, 176, 177  
Patogenitas · 81  
Pediatrik · 120, 130  
Pejamu · 82  
Pelaporan insiden · 1, 141, 143  
Pembedahan · 65, 72, 124  
Pemberian · 4, 10, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 32, 35, 36, 39, 41, 42, 48, 50, 51, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 105, 120, 136, 137, 138, 139, 142, 154, 157  
Pemimpin · 155, 157, 158  
Penandaan · 65, 66, 67, 73, 78  
Penandaan · 58, 63, 66, 67, 78  
Pencegahan · vii, 80, 83, 86, 106, 107, 111, 114, 116, 117, 123, 129, 176  
Pendidik · 156  
Pendidikan · 7, 9, 10, 12, 13, 157, 171, 182  
Peneliti · 153, 158, 159  
Pengendalian · 80, 81, 83, 112, 114  
Penyiapan · 59  
Penyimpanan · 53, 56, 57, 58, 59, 63  
Penyimpanan · 57, 58, 59, 63  
Peran · 9, 11, 12, 70, 72, 79, 153, 155, 158, 159, 162  
Perisai · 87, 96, 97  
Plebitis · 83  
Pneumonia · 83, 104  
*Portal of entry* · 82  
*Portal of exit* · 82  
Potasium · 56  
Potensial Cedera · 133, 137, 140  
Prinsip · 8, 35, 40, 43, 48, 80, 83, 102, 112, 114, 160

Psikiatri · 120, 126, 130

---

## **R**

Rantai · vi, 81, 82

*Recommendation* · 45, 46, 50, 51, 154

*Reservoir* · 81

Respon · vii, 124, 168

Risiko Infeksi · v, 80, 107, 111

Risiko jatuh · 17, 18, 20, 24, 27, 28, 30, 33, 41, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 155

Riwayat · 16, 116, 117, 120, 121, 123, 124, 125, 127, 131, 132

---

## **S**

Sarung tangan · 84, 87, 88, 89, 90, 91, 99, 102, 103, 106, 109, 110, 111, 112

Sasaran · 1, 2, 9, 12, 13, 14, 47, 61, 154, 155

SBAR · 3, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 154

Sentinel · 12, 53, 61, 133, 138, 141, 151

Sepatu · 87, 98, 108, 109

*Sign In* · 70, 72, 73, 74

*Sign Out* · 71, 72, 73, 76

*Site marking* · 65, 66, 78

*Situation* · 42, 44, 47, 49, 51, 154

Skor · 121, 122, 125, 130, 142, 147, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 171, 172, 174

*Slips* · 4, 16

Standar Keselamatan Pasien · 9, 10, 175

Stiker · 24, 25, 27, 28, 58, 59, 63, 128, 139, 177

Sulfat · 53, 56, 62

*Surgical Safety Checklist* · vi, 65, 71, 72, 77, 78

---

## **T**

TBAK · 42, 44, 46, 47, 48, 50, 51, 52

Tepat Lokasi · 72, 73

Tepat Pasien · 72, 73

Tepat Prosedur · 72, 73

*Time-out* · 70

Topi · 99, 102, 111

Transmisi · 82, 102, 103, 104

Tujuh langkah · 14

Tujuh standar · 9, 157

---

## **U**

Ungu · 24, 40

---

## **V**

Verifikasi · 24, 29, 30, 31, 35, 43, 44, 47, 49, 60, 63, 65, 67, 68, 69, 73, 78, 141, 143, 149

---

## **W**

Warna gelang · 23, 27, 33, 39

## BIODATA PENULIS



Ike Puspitaningrum, S.Kep.,Ns.,M.Kep menyelesaikan pendidikan dasar sampai menengah di Kota kelahirannya, Pacitan Jawa Timur. Menempuh Pendidikan Keperawatan dimulai pada tahun 2007 di Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang. Kemudian melanjutkan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Diponegoro. Penulis juga memperoleh gelar Magister Keperawatan dalam bidang minat keperawatan manajemen pada kampus yang sama, Universitas Diponegoro. Penulis memulai karir sebagai Dosen pada tahun 2013 di Akademi Kesehatan Asih Husada Semarang, Universitas Muhammadiyah Purwokerto, Poltekkes Kemenkes Semarang, dan saat ini di Politeknik Negeri Indramayu. Selama berkarir penelitian yang dilakukan berfokus pada manajemen keperawatan dan manajemen keselamatan pasien. Hasil penelitian sudah dipublikasikan dalam jurnal, prosiding dan monograf. Selain menerbitkan monograf penulis juga sudah menerbitkan buku referensi, modul, panduan dan buku ajar. Penulis dapat dihubungi melalui [ike.puspitaningrum@polindra.ac.id](mailto:ike.puspitaningrum@polindra.ac.id)