

BUNGA RAMPAI

MANAJEMEN PASIEN SAFETY

Joice Mergy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep

Mera Marhamah, SST., Bdn., M.Kes

Ns Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes

Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.M.B

Ns. Muzaroah Ermawati U., M. Tr. Kep

Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep

Janice Sepang,S.Kep,Ns., M.Kep

Yusniar, SKM., M.K.M

Eko Sari Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep

Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep

Dr. Apt. Nutrisia Aquariushinta Sayuti., M.Sc

Irwan Agustian, S.Kep., Ns., M.Kep

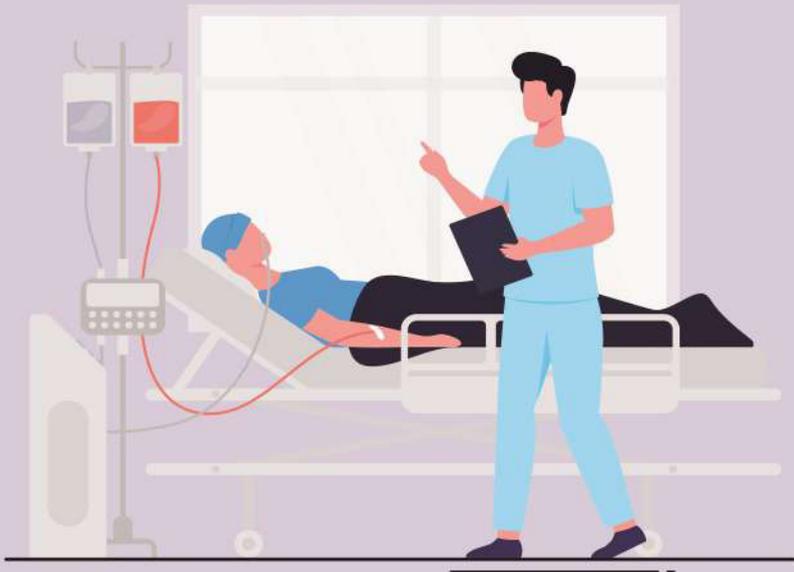
Ns. Erna Masdiana, M.Kep

Johana Tuegeh S.Pd.SSiT,M.Kes

Dr Siang Br Tarigan, SPd, SKep, Ners, Mkes

Suardi Zurimi, S.ST,M.KKK

Sukarsih, S.Si.T, M.Pd



BUNGA RAMPAI
MANAJEMEN PASIEN SAFETY

Joice Mermey Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep
Mera Marhamah, SST., Bdn., M.Kes
Ns Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes
Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.M.B
Ns. Muzaroah Ermawati U., M. Tr. Kep
Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep
Janice Sepang,S.Kep,Ns., M.Kep
Yusniar, SKM., M.K.M
Eko Sari Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep
Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep
Dr. Apt. Nutrisia Aquariushinta Sayuti., M.Sc
Irwan Agustian, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Erna Masdiana, M.Kep
Johana Tuegeh S.Pd.SSiT,M.Kes
Dr Siang Br Tarigan, SPd, SKep, Ners, Mkes
Suardi Zurimi, S.ST.,M.KKK
Sukarsih, S.Si.T, M.Pd

Editor :

Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., M.N



BUNGA RAMPAI MANAJEMEN PASIEN SAFETY

Penulis:

Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep
Mera Marhamah, SST., Bdn., M.Kes
Ns Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes
Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.M.B
Ns. Muzaroah Ermawati U., M. Tr. Kep
Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep
Janice Sepang,S.Kep,Ns., M.Kep
Yusniar, SKM., M.K.M
Eko Sari Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep
Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep
Dr. Apt. Nutrisia Aquariushinta Sayuti., M.Sc
Irwan Agustian, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Erna Masdiana, M.Kep
Johana Tuegeh S.Pd.SSiT,M.Kes
Dr Siang Br Tarigan, SPd, SKep, Ners, Mkes
Suardi Zurimi, S.ST.,M.KKK
Sukarsih, S.Si.T, M.Pd

ISBN :

978-623-8568-33-8

Editor Buku:

Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., M.N

Cetakan Pertama : 2024

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku Bunga Rampai ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Bunga Rampai ini berjudul Manajemen Pasien Safety mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Manajemen Pasien Safety. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Manajemen Pasien Safety serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 12 Maret 2024

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1 Keselamatan Pasien (Patient Safety).....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Keselamatan Pasien (Patient Safety).....	2
BAB 2 Budaya Keselamatan Pasien	15
A. Pendahuluan.....	15
B. Konsep Budaya Keselamatan Pasien.....	16
C. Dimensi dan Komponen Budaya Keselamatan Pasien.....	19
D. Penerapan Budaya Keselamatan Pasien	21
E. Maturitas Budaya Keselamatan Pasien.....	23
F. Evaluasi Penerapan Budaya Keselamatan Pasien	23
BAB 3 Insiden Keselamatan Pasien	28
A. Pendahuluan.....	28
B. Konsep Insiden Keselamatan Pasien.....	28
BAB 4 Kerjasama Tim dalam Keselamatan Pasien	42
A. Pendahuluan.....	42
B. Kerjasama Tim dalam Keselamatan Pasien.....	42
BAB 5 Manajemen Risiko dalam Keselamatan Pasien	51
A. Pendahuluan.....	51
B. Konsep Manajemen Risiko dalam Keselamatan Pasien	52
BAB 6 Indikator Mutu Pelayanan dalam Keselamatan Pasien	63
A. Pendahuluan.....	63
B. Keselamatan Pasien	63
C. Tujuan Keselamatan Pasien.....	64
D. Standar Keselamatan Pasien.....	65
E. Mutu Pelayanan Kesehatan	67
F. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan	68

BAB 7 Peran IPCN (<i>Infection Prevention and Control Nurse</i>) di Rumah Sakit	76
A. Pendahuluan.....	76
B. Konsep IPCN	76
BAB 8 Kewaspadaan Isolasi.....	83
A. Pendahuluan.....	83
B. Konsep Kewaspadaan Isolasi	86
BAB 9 Surveilans Infeksi pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	99
A. Pendahuluan.....	99
B. Konsep Surveillance Infeksi Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan	99
BAB 10 Medical Error	109
A. Pendahuluan.....	109
B. Konsep medical error	109
BAB 11 Total Quality Management dalam Pelayanan Kesehatan	123
A. Pendahuluan.....	123
B. Lingkup Luas TQM dalam Pelayanan Kesehatan	124
BAB 12 Peran Supervisi dalam Budaya Keselamatan Pasien	137
A. Pendahuluan.....	137
B. Komponen Supervisi dalam Budaya Keselamatan Pasien.	137
C. Model-Model Supervisi Keperawatan	138
D. Langkah – Langkah Supervisi Keperawatan	139
E. Budaya Keselamatan Pasien.....	140
F. Domain Budaya Keselamatan Pasien.....	140
G. Peran Supervisi dalam Budaya Keselamatan Pasien	141
BAB 13 Konsep Infeksi Nasokomial	146
A. Pendahuluan.....	146
B. Konsep Infeksi Nasokomial.....	147

BAB 14 Kejadian Tidak diharapkan (KTD) dalam Sistem Pasien Safety	153
A. Pendahuluan.....	153
B. Kejadian Tidak Diharapkan.....	154
BAB 15 Monitoring dan Evaluasi Pasien Safety	162
A. Pendahuluan.....	162
B. Konsep Monitoring dan Evaluasi Pasien Safety	165
BAB 16 SasaranKeselamatan Pasien	177
A. Pendahuluan.....	177
B. Sasaran Keselamatan Pasien.....	177
BAB 17 Prinsip-Prinsip Sterilisasi dan Desinfeksi	191
A. Pendahuluan.....	191
B. Sterilisasi	192
C. Desinfeksi.....	194

BAB 1

Keselamatan Pasien (Patient Safety)

* Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep *

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien menjadi isu prioritas dalam perawatan kesehatan, dimana gerakan keselamatan pasien dimulai sejak tahun 2000 yang berawal ketika Institute of Medicine menerbitkan laporan *To Err Is Human Building a Safer Health System* (Cahyono, 2012). Keselamatan pasien merupakan hak pasien. Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit (Kemenkes,2009). Sesuai dengan UU tentang kesehatan pasal 53 (3) UU no 36/2009 menyatakan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan harus mendahulukan keselamatan nyawa pasien. Keselamatan pasien telah menjadi prioritas untuk layanan kesehatan diseluruh dunia (Cosway, Stevens, & Panesar, 2012 dikutip dari Chiu 2008).

Keselamatan pasien merupakan komponen penting dari mutu layanan kesehatan. Joint Comission International (JCI) (2011) membuat kebijakan atau prosedur yang dikembangkan yang mendukung secara terus menerus pengurangan infeksi terkait dengan perawatan kesehatan. Kebijakan tersebut terdiri dari mengidentifikasi pasien dengan benar, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, pengurangan resiko infeksi akibat perawatan kesehatan, dan mengurangi risiko pada pasien akibat jatuh.

B. Keselamatan Pasien (Patient Safety)

1. Definisi Keselamatan Pasien (Patient safety)

Keselamatan pasien (patient safety) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dalam upaya mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes RI,2011) (Salawati & Serikat, 2004). Keselamatan pasien (Patient safety) adalah prinsip dasar dari perawat kesehatan(WHO) (Mulyana, 2013).

Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari 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 melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2017) (Siagian, 2020).

Menurut IOM, keselamatan pasien (Patient Safety) didefinisikan 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 tindakan yang salah (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission). Accidental injury dalam prakteknya akan berupa kejadian tidak diinginkan (near miss) (Mulyana, 2013)

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut (Mulyana, 2013) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) Tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit

- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
 - c. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
 - d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan
3. Enam Sasaran Keselamatan

Pasien Sasaran keselamatan pasien (Alfiah, 2016) merupakan syarat untuk ditetapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi oleh komisis akreditasi rumah sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu Nine Life-Saving Patient Safety Solution dari WHO patient safety (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KPPRS PERSI), dan dari Joint Commision International (JCI)

a. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

1) Standar SKP I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

2) Maksud dan tujuan sasaran I

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu : pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan dan/ atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada

proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau Tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identifikasi pasien dengan bar-code, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

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

b. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

1) Standar SKP II

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran II

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis, komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan Kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui telepon ke unit pelayanan. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk : mencatat (atau memasukkan ke computer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (read back) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (read back) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

3) Elemen penilaian sasaran II

a) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.

- b) Perintah lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan Kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
 - c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
 - d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.
- c. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (High Alert)
- 1) Standar SKP III

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (high - alert).
 - 2) Maksud dan Tujuan Sasaran III

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high - alert medication) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (sentinel event), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) seperti obat - obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Sound Alike/ LASA). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9% dan magnesium sulfat = 50% atau lebih pekat), kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak

diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

- 3) Elemen penilaian sasaran III
 - a) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
 - b) Implementasi kebijakan dan prosedur.
 - c) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati - hati di area tersebut sesuai kebijakan.
- 4) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted).
Sasaran IV : Kepastian Tepat - Lokasi, Tepat - Prosedur, Tepat - Pasien Operasi

d. Standar SKP IV

1) Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien operasi.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran IV

Salah lokasi, salah prosedur, pasien salah pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (illegible handwriting) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety (2009), juga di The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi

(laterality), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang). Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- a) memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar
- b) memastikan bahwa semua dokumen, foto (imaging), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang
- c) melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan / atau implant yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi” (Time out) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. Time out dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan checklist.

3) Elemen Penilaian Sasaran IV

- a) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- b) Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- c) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi / time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan.
- d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan

dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

e. Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

1) Standar risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

SKP V Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran V

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam 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 biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk hand hygiene yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

3) Elemen Penilaian Sasaran V

- a) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO Patient Safety).
- b) Rumah sakit menerapkan program hand hygiene yang efektif.

- c) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
- f. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh
- 1) Standar SKP VI

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.
 - 2) Maksud dan Tujuan Sasaran VI

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.
 - 3) Elemen Penilaian Sasaran VI
 - a) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
 - b) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
 - c) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
 - d) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit

DAFTAR PUSTAKA

- Apsden, P., Corrigan, J.M., Wolcot, J., Erickson, S.M.(Ed). Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Service. 2004. Patient Safety: Achieving a New Standard For Care. Washington DC: The National Academy Press.
- Aritonang, L.R. 2005. Kepuasan Pelanggan, Pengukuran dan Penganalisaan dengan SPSS. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Ballard, K.A. 2003. Patient safety. A shared responsibility. Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 8 No.3.
- Cahyono, B. 2008. Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Depkes RI. 2006. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta: Depkes RI. Depkes RI. 2008. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. (konsep dasar dan prinsip). Jakarta: Depkes RI
- Dwiyanto, A. 2007. Penerapan Hospital by Laws Dalam Meningkatkan Patient Safety di Rumah Sakit. [Thesis]. Semarang: Program Pascasarjana UNIKA Soegijapranata.
- Institute of Medicine. 2000. To Err Is Human: Building a Safer of Health System. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (Ed). Washington DC: National Academy Press. Institute of Medicine.
- Committee on Quality of Health Care in America. 2001. Institute of Medicine Reports Composite Summary. Washington DC: National Academy Press.
- Khushf, G., Raymond, J., and Beaman, C. 2008. The Institute of Medicine Report's On Quality and Safety: Paradoxes and Tension. HEC forum 20 (1): 1-14. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. Diunduh 7 April 2013
- KKP-RS. 2008. Pedoman Pelaporan Keselamatan Pasien. Jakarta: KKP-RS.
- Mukti, A.G. 2007. Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan: Konsep dan Implementasi, Pusat Pengembangan Sistem Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan, Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada.

- National Patient Safety Agency (NPSA). 2004. Seven Step to Patient Safety's. An Overview Guide from NHS Staff. www.npsa.nhs.uk/. Diunduh 7 april 2013.
- Peraturan Menteri Kesehatan 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. PERSI - KARS, KKP-RS. 2006. Membangun Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Lokakarya program KP-RS. 17 Nopember 2006.
- Poerwandari, K. 2007. Pendekatan Kualitatif Untuk Penelitian Perilaku Manusia. Fakultas Psikologi UI: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi (LPSP3).
- Powell, S. 2004. Patient Safety: It's Not Just Carefulness. It's a Culture. <http://www.nursingcentre.com/>. Diunduh 22 Maret 2013.
- Reason, J. 2006. Human Factors: A Personal Perspective. <http://www.vvt.fi/liitetiedostot/>. Diunduh 7 April 2013.
- Tjiptono, F. 2003. Strategi Pemasaran Edisi 11. Yogyakarta: Andi Offset.
- Tjiptono, F. 2007, Manajemen Jasa. Yogyakarta: Penerbit Andi.

BIODATA PENULIS



Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep., Lahir pada tanggal 17 Januari 1972 dari pasangan Noch Laoh dan Lely Kalalo. Istri dari Rudolf Boyke Purba.,SKM.,M.Kes. Lahir di Tomohon, 17 Januari 1972. Sekolah Dasar GMIM Tambelang tamat 1984 dan SMP Negeri Tambelang tamat tahun 1987. Pada Tahun 1994 saya kembali di Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Utara dan mengikuti test Diploma 3 Keperawatan yang diselenggarakan oleh DEPKES akhirnya LULUS sehingga bisa mengikuti Pendidikan AKPER DEPKES Tidung Ujung Pandang tamat tahun 1999 bersama AKTA 3 dari Universitas Negeri Makasar tahun 1999. Saya Mengikuti S1 Pendidikan di Universitas Negeri Manado (UNIMA) lulus tahun 2003, dan melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Sam Ratulangi Manado (UNSRAT) Lulus tahun 2007, dilanjutkan dengan Profesi Ners lulus tahun 2008. Melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD) dan Lulus Tahun 2011. Bekerja sebagai Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2004- sampai sekarang.

BAB 2

Budaya Keselamatan Pasien

Mera Marhamah, SST., Bdn., M.Kes

A. Pendahuluan

Budaya keselamatan pasien (BKP) merupakan langkah awal dalam pengembangan keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan inti dari mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit. Rumah sakit bertanggung jawab dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam pengelolaan keselamatan pasien di rumah sakit (Kemenkes dan KARS, 2011). Upaya keselamatan pasien memerlukan transformasi budaya organisasi secara menyeluruh. Adapun budaya organisasi merupakan suatu kekuatan yang sangat besar dan sesuatu yang tetap ada walaupun terjadi berbagai perubahan di dalamnya. Pengkajian budaya organisasi diperlukan untuk dapat melakukan perubahan yang mendorong upaya-upaya peningkatan keselamatan pasien (Iriviranty, 2015).

Menurut Depkes RI (2008) dalam Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, langkah pertama program keselamatan pasien di rumah sakit adalah membangun budaya keselamatan pasien atau menumbuhkan kesadaran pada seluruh karyawan akan pentingnya nilai keselamatan di rumah sakit. Budaya keselamatan pasien adalah faktor penting dalam upaya untuk mengurangi resiko yang merugikan di rumah sakit dan meningkatkan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien juga merupakan indikator kualitas penting dalam pelayanan kesehatan.

B. Konsep Budaya Keselamatan Pasien

Rumah Sakit (RS) merupakan organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (Komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (Preventif) kepada masyarakat. Dalam pelayanannya RS berhadapan dengan risiko terjadinya kejadian tidak diinginkan (KTD) dan *medical error*, untuk itu diperlukan suatu sistem untuk menjamin keselamatan pasien.

Budaya keselamatan adalah output dari individu dan kelompok terhadap nilai-nilai, sikap, kompetensi, dan pola dan kebiasaan yang mencerminkan komitmen dan *style* serta kemampuan organisasi dan manajemen keselamatan pasien. Jika suatu organisasi pelayanan kesehatan tidak mempunyai budaya keselamatan pasien, maka kecelakaan bisa terjadi akibat dari kesalahan laten, gangguan psikologis dan fisiologis pada staf, penurunan produktivitas, berkurangnya kepuasan pasien dan menimbulkan konflik internal (Kemenkes, 2017).

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu kondisi di mana budaya organisasi mendukung dan mempromosikan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merujuk pada keyakinan, nilai dan norma-norma yang ditunjukkan oleh praktisi pelayanan kesehatan dan staf lain dalam suatu organisasi yang mempengaruhi tindakan dan sikapnya. Budaya keselamatan pasien merupakan sesuatu yang bisa diukur dengan cara menghargai apa yang dilakukan oleh pegawai, dukungan yang diberikan dan penerimaan dari organisasi terhadap sesuatu yang terkait dengan keselamatan pasien (Sorra et al, 2016).

Budaya Keselamatan Pasien Menurut *The Health Foundation* (2011), budaya keselamatan berkaitan dengan sejauh mana organisasi memprioritaskan dan mendukung peningkatan keselamatan dengan aman. Organisasi dengan budaya keselamatan positif memiliki komunikasi atas dasar saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan, keyakinan pada efektivitas langkah-langkah pencegahan, dan dukungan bagi tenaga kerja.

Budaya keselamatan pasien adalah Sifat dan sikap dalam organisasi dan individu yang menekankan pentingnya keselamatan sebagai prioritas utama dalam mencapai tujuan organisasi yang terdiri atas 2 hal yaitu:

1. Kerangka kerja melalui kebijakan organisasi dan tindakan manajerial
2. Tanggapan individu yang bekerja dan memanfaatkan kerangka kerja tersebut

Budaya keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam institusi kesehatan. Budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran, dan praktek sosial maupun teknis dalam meminimalkan kejadian yang tak dikehendaki. Budaya keamanan memiliki 4 pengertian utama: Kesadaran (*awareness*) yang aktif dan konstan tentang potensi terjadinya kesalahan, terbuka dan adil, pendekatan sistem, pembelajaran dari pelaporan insiden.

Menurut Carthey & Clarke (2010) dalam buku "*Implementing Human Factors in Healthcare 'how to' Guide*" bahwa organisasi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki dimensi budaya sebagai berikut:

1. Budaya keterbukaan (*open culture*). Budaya ini menggambarkan semua staf RS merasa nyaman berdiskusi tentang insiden yang terjadi ataupun topik tentang keselamatan pasien dengan teman satu tim ataupun dengan manajernya. Staf merasa yakin bahwa fokus utama adalah keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, *briefing staff* maupun *morning report*.
2. Budaya keadilan (*just culture*). Hal tersebut membawa atmosfer "*trust*" sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta melibatkan pasien dan keluarganya secara adil dalam setiap pengambilan keputusan terapi. Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih

mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Lingkungan terbuka dan adil akan membantu staf membuat pelaporan secara jujur mengenai kejadian yang terjadi dan menjadikan insiden sebagai pelajaran dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien.

3. Budaya pelaporan (*reporting culture*). Budaya dimana staf siap untuk melaporkan insiden atau *near miss*, sehingga dapat dinilai jenis *error* dan dapat diketahui kesalahan yang biasa dilakukan oleh staf serta dapat diambil tindakan sebagai bahan pembelajaran organisasi. Organisasi belajar dari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk mengidentifikasi faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang akan terjadi.
4. Budaya belajar (*learning culture*). Setiap lini dari organisasi baik *sharp end* (yang bersentuhan langsung dengan pelayanan) maupun *blunt end* (manajemen) menggunakan insiden yang terjadi sebagai proses belajar. Organisasi berkomitmen untuk mempelajari insiden yang telah terjadi, mengkomunikasikan kepada staf dan senantiasa mengingatkan staf.
5. Budaya informasi (*informed culture*). Organisasi mampu belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari insiden yang akan terjadi karena telah belajar dan terinformasi dengan jelas dari insiden yang sudah pernah terjadi, misalnya dari pelaporan kejadian dan investigasi.

Manfaat penerapan budaya keselamatan bagi institusi pelayanan kesehatan antara lain :

1. Kesalahan yang telah terjadi lebih dapat diketahui oleh suatu organisasi kesehatan
2. Meningkatkan pelaporan insiden dan belajar dari insiden yang terjadi untuk mengurangi berulangnya dan kecelakaan yang terjadi
3. Adanya kesadaran terhadap keselamatan pasien dengan cara mengurangi kecelakaan secara fisik dan psikis

4. Mengurangi biaya pengobatan dan ekstra terapi.
5. Mengurangi sumber daya untuk manajemen klaim dan klaim.

C. Dimensi dan Komponen Budaya Keselamatan Pasien

1. Dimensi budaya keselamatan pasien menurut Sorra dan kolega (2016).
 - a. Keterbukaan komunikasi
Staf merasa bebas untuk berbicara jika melihat sesuatu yang negatif yang berpengaruh terhadap pasien dan staf merasa bebas untuk bertanya lebih dalam dengan menggunakan otoritas yang mereka miliki.
 - b. *Feedback* dan komunikasi tentang kesalahan yang terjadi
Staf diinformasikan mengenai kesalahan yang terjadi, diberikan *feedback* mengenai perubahan yang akan diimplementasikan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.
 - c. Frekuensi pelaporan kejadian
 - 1) Kesalahan yang dilaporkan yaitu dalam bentuk:
 - 2) Kesalahan yang diketahui dan diperbaiki karena menyangkut pasien.
 - 3) Kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien.
 - 4) Kesalahan yang dapat membahayakan pasien.
 - d. *Handsoff* dan transisi
Pertukaran informasi mengenai perawatan pasien disebarkan antar unit dalam rumah sakit dan disebarkan ketika pergantian shift jaga.
 - e. Dukungan organisasi untuk keselamatan pasien
Manajemen rumah sakit menyediakan lingkungan kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas dalam manajemen rumah sakit.
 - f. *Nonpunitive respon to error/respon* tidak menghakimi pada kesalahan yang dilakukan
Staf merasa bahwa kesalahan dan kejadian yang dilaporkan tidak ditujukan untuk menyalahkan dirinya,

dan kesalahan tersebut tidak hanya menjadi masalah pribadinya saja.

- g. *Organizational learning* - pembelajaran berkelanjutan
Kesalahan akan mendorong perubahan positif dan perubahan tersebut akan dievaluasi untuk menilai keefektifannya.
 - h. Persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien
Sistem dan prosedur yang ada sudah bagus untuk pencegahan kesalahan dan hanya terdapat sedikit masalah mengenai keselamatan pasien.
 - i. *Staffing*
Staf yang ada di rumah sakit sudah cukup untuk mengatasi beban kerja yang tinggi dan jam kerja sudah sesuai untuk melakukan perawatan dan pelayanan terbaik untuk pasien.
 - j. Supervisor/harapan manajer dan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien
Supervisor dan manajer mempertimbangkan saran dari staf untuk meningkatkan keamanan pasien, memberikan respon positif terhadap staf yang mengikuti prosedur keselamatan pasien dengan benar dan tidak berlebihan dalam melakukan pembahasan mengenai masalah keselamatan pasien.
 - k. Kerjasama lintas unit
Unit-unit dalam rumah sakit bekerja sama dan berkoordinasi satu sama lain untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien.
 - l. Kerjasama antar unit / dalam unit
Staf dalam unit saling mendukung satu sama lain, saling menghargai satu sama lain dan bekerja sama sebagai satu tim.
2. Komponen Budaya Keselamatan Pasien
- Menurut Reason (1997) dalam Hamdani (2007) budaya keselamatan terdiri dari empat komponen (*subculture*) yaitu:

- 1) *Informed culture*
Budaya dimana pihak yang mengatur dan mengoperasikan sistem memiliki pengetahuan terkini tentang faktor-faktor yang menjelaskan keselamatan dalam suatu sistem.
- 2) *Reporting culture.*
Budaya dimana anggota di dalamnya siap untuk melaporkan kesalahan atau near miss. Pada budaya ini organisasi dapat belajar dari pengalaman sebelumnya. Konsekuensinya makin baik reporting culture maka laporan kejadian akan semakin meningkat
- 3) *Just culture.*
Budaya membawa atmosfer trust sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta sensitif terhadap perilaku yang ada. Termasuk di dalamnya lingkungan *non punitive (no blame culture)* bila staf melakukan kesalahan. Penting bagi setiap level di organisasi untuk bersikap jujur dan terbuka.
- 4) *Learning culture*
Budaya dimana setiap anggota mampu dan bersedia untuk menggali pengetahuan dari pengalaman dan data yang diperoleh serta kesediaan untuk mengimplementasikan perubahan dan perbaikan yang berkesinambungan (*continuous improvement*). *Learning culture* merupakan budaya belajar dari *insiden* dan *near miss*. Survei *Hospital Survey On Patient Safety Culture* mengukur budaya keselamatan pasien dari segi perspektif staf rumah sakit. Survei ini dapat mengukur budaya keselamatan pasien untuk seluruh staf rumah sakit dari *housekeeping*, bagian keamanan, sampai dokter dan perawat

D. Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Penerapan budaya keselamatan pasien dapat dilakukan melalui :

1. Budaya Korporat
PPKIRI (Peduli, Profesional, Kerjasama, Integritas, Ramah, Inovatif)
2. *Safety Leadership*
Proses dan interaksi antara pemimpin dan staf untuk menggerakkan staf mencapai target keselamatan organisasi
3. Standart
Pelaksanaan budaya keselamatan pasien sesuai panduan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan *Joint Comission International (JCI)*.

Terdapat 3 (tiga) strategi penerapan budaya keselamatan pasien:

1. Strategi
 - a. Lakukan *safe practices*
 - b. Rancang sistem pekerjaan yang memudahkan orang lain untuk melakukan tindakan medik secara benar.
 - c. Mengurangi ketergantungan pada ingatan
 - d. Membuat protokol dan checklist
 - e. Menyederhanakan tahapan-tahapan
2. Edukasi
 - a. Kenali dampak akibat kelelahan dan kinerja
 - b. Pendidikan dan pelatihan patient safety
 - c. Melatih kerjasama antar tim
 - d. Meminimalkan variasi sumber pedoman klinis yang mungkin membingungkan
3. Akuntabilitas
 - a. Melaporkan kejadian error
 - b. Meminta maaf
 - c. Melakukan remedial care
 - d. Melakukan root cause analysis
 - e. Memperbaiki sistem atau mengatasi masalahnya.

E. Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Maturitas budaya keselamatan pasien dalam organisasi diklasifikasikan oleh Ashcroft et.al. (2005) menjadi lima tingkat maturitas:

1. Patologis, organisasi melihat keselamatan pasien sebagai masalah, akibatnya informasi-informasi terkait keselamatan pasien akan ditekan dan lebih berfokus pada menyalahkan individu demi menunjukkan kekuasaan pihak tertentu.
2. Reaktif, organisasi sudah menyadari bahwa keselamatan pasien adalah hal penting, tetapi hanya berespon ketika terjadi insiden yang signifikan.
3. Kalkulatif, organisasi cenderung berpaku pada aturan-aturan dan jabatan dan kewenangan dalam organisasi. Setelah insiden terjadi, informasi tidak diteruskan atau bahkan diabaikan, kesalahan segera dibenarkan atau dijelaskan penyebabnya, tanpa analisis yang lebih mendalam lagi.
4. Proaktif, organisasi yang berfokus pada upaya-upaya untuk mengantisipasi masalah-masalah keselamatan pasien dengan melibatkan banyak stakeholders terkait keselamatan pasien.
5. Generatif, organisasi yang generatif secara aktif mencari informasi untuk mengetahui apakah tindakan-tindakan yang dilakukan dalam organisasi ini sudah aman atau belum.

F. Evaluasi Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

1. Menggunakan kuesioner modifikasi *Survey Hospital Survey on Patient Safety Culture* (6 Dimensi) dan *Safety Perception Survey*
2. Analisis hasil survey, melakukan identifikasi *key issue*, dan selanjutnya dari hasil analisis dibuat prioritas *issue*
3. Rencana tindak lanjut berdasarkan prioritas *Improvement Plan*
4. Strategi rencana peningkatan melalui ronde manajemen, *JCI Tracer Day, Sweeping*.

5. Monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara berjenjang dan merupakan dukungan terhadap tercapainya *Key Performance Indicator* RS

DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2011). Organizational Culture Distinguishes Top-Performing Hospitals in Patient Outcomes from Heart
- Budi, S. C., et al (2019). Variasi Insiden Berdasarkan Sasaran keselamatan Pasien Di Rumah Sakit. Prosiding Call For Paper SMIKNAS, 59-69.
- Depkes RI. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2006.
- Herawati, Y., T. (2015). Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Jember. Jurnal Ikatan Kesehatan Masyarakat. 11(1), 54-58.
- Huber, D. (2010). Leadership and nursing care management (4rd ed). USA.
- Kuntoro, A. (2010). Buku ajar manajemen keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Irviranti, 2015. Analisis Budaya Organisasi dan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Langkah Pengembangan Keselamatan Pasien. Jurnal ARSI. <https://journal.fkm.ui.ac.id/ars/article/view/2184>
- Simamora, R. H. (2018). Buku Ajar Keselamatan Pasien Melalui Timbang Terima Pasien Berbasis Komunikasi Efektif: SBAR.
- Simamora, R. H. (2019). Buku Ajar Pelaksanaan Identifikasi Pasien. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Simamora, R. H. (2019). Documentation of Patient Identification into the Electronic System to Improve the Quality of Nursing Services. International Journal Of Scientific & Technology Research.
- Simamora, R. H. (2019). The Influence of Training Handover based SBAR Communication for Improving Patients Safety. Indian Journal Of Public Health Research & Development.
- Wardhani, V. (2017). Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien. Malang: UB Press.

World Health Organization. (2019). Patient Safety. Diakses dari <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/campaign/en/>

BIODATA PENULIS



Mera Marhamah, SST., Bdn., M.Kes lahir di Tanjung Karang-Lampung, pada 01 Maret 1976. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program D IV Kebidanan Bidan Pendidik Fakultas Kodekteran Universitas Padjadjaran Bandung dan S2 di Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Prof.Dr.HAMKA. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi D3 Kebidanan Universitas IPWIJA.

BAB 3

Insiden Keselamatan Pasien

*Ns Ruserina S.Pd, S.Kep, M.Kes

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang membuat pasien lebih aman. Sistem ini meliputi penilaian risiko, identifikasi, 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 mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Adriansyah et al., 2022). Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi menimbulkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Toyo et al., 2022).

B. Konsep Insiden Keselamatan Pasien

1. Pengertian Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes RI No. 1961 (2011), tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera.

Sedangkan, Menurut Permenkes RI No. 11 (2017), tentang 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.

2. Konsep Standar Keselamatan Pasien

a. 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.

b. Pendidikan Bagi Pasien dan Keluarga

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

c. Keselamatan Pasien dalam Kesenambungan Pelayanan

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

d. Penggunaan Metode Peningkatan Kinerja untuk Melakukan Evaluasi dan 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.

e. Peran Kepimpinan dalam Meningkatkan 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 adekuat 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.

f. Pendidikan Bagi Staf tentang 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.

g. Komunikasi

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.

3. Standar Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya (RI, 2011).

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

a. Hak pasien

Standar : Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Kriteria : 1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
3) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Standar : Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriteria : Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan

partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit 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 :

- 1) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- 2) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- 3) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- 4) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- 5) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
- 6) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- 7) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
Standar Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

- Kriteria :
- 1) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
 - 2) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi

antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.

- 3) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- 4) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standar Rumah sakit harus mendesain proses :
baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

- Kriteria :
- 1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, 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 Rumah Sakit".
 - 2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang

antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.

- 3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
 - 4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- Standar :
- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
 - 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
 - 3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.

- 5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

- Kriteria :
- 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
 - 2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
 - 3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
 - 4) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
 - 5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris Cedera” (Near miss) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
 - 6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.

- 7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- 8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- 9) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

- Standar :
- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

- Kriteria :
- 1) Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.

- 2) Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in-service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
 - 3) Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
- Standar :
- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.
- Kriteria :
- 1) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
 - 2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada (RI, 2011).

4. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini.

Ada enam (6) sasaran keselamatan pasien sebagai berikut :

- a. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien
 - b. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang efektif
 - c. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu diwaspadai (*High-Alert*)
 - d. Sasaran IV : Kepastian Tepat-Lokasi-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi
 - e. Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
 - f. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh
5. Jenis-Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes RI No. 11 (2017), tentang Keselamatan Pasien, Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, dan kejadian potensial cedera. Adapun jenis-jenis insiden sebagai berikut:

- a. Kondisi 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.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contohnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain megetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
- c. 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 karena:
 - 1) “keberuntungan” (misalnya pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat); dan

- 2) “peringatan” (misalnya pasien secara tidak sengaja telah diberikan suatu obat dengan dosis lethal, segera diketahui secara dii lalu diberikan antidotumnya sehingga tidak menimbulkan cedera berat).
- d. 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. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis. Contoh KTD yaitu pasien yang diberikan obat A dengan dosis lebih kareba kesalahan saat membaca dosis obat pada resep sehingga pasien mengeluhkan efek samping dari obat tersebut.
- e. Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk memperthankan 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. Pemilihan kata sentinel terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi misalnya amputasi pada lokasi yang salah, dll, sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriansyah, A. A., Setianto, B., Sa'adah, N., Lestari, I., Nashifah, N. S., Anggarwati, F. R., & Arindis, P. A. M. (2022). Analisis Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Kualitas Teamwork Dan Coordination Manajemen Rumah Sakit Islam Ahmad Yani Surabaya. *Ikesma*, 18(3), 135–142. <https://doi.org/10.19184/ikesma.v18i3.26515>
- RI, P. (2011). No. 1691 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. In *Menteri Kesehatan Republik Indonesia*.
- RI, P. (2017). No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. In *Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Vol. 1, Issue 1)*.
- Toyo, E. M., Leki, K. G. B., Indarsari, F., & Woro, S. (2022). Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Metode HMN Di Rumah Sakit. *Majalah Farmasetika*, 8(1), 56–69. <https://doi.org/10.24198/mfarmasetika.v8i1.41357>

BIODATA PENULIS



Ns. Ruserina, S.Pd, S.Kep, M.Kes merupakan seorang perawat tamatan akademi keperawatan Pdang lulus tahun 1987. Mengabdikan diri di Rumah Sakit Umum Pusat Bukittinggi selama 5 tahun. Pada tahun 1992 mutasi menjadi guru perawat di Sekolah Perawat Kesehatan Pekanbaru. Penulis melanjutkan pendidikan di Universitas Riau mengambil pendidikan Bimbingan dan Konseling lulus pada tahun 2006. Pada tahun 2008, penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Kerja di Universitas Sumatera Utara lulus tahun 2010, untuk mewujudkan karir dosen profesional. Saat ini penulis mengajar di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau.

BAB 4

Kerjasama Tim dalam Keselamatan Pasien

*Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep.,
M.Kep. Sp.Kep.M.B*

A. Pendahuluan

Program WHO *Patient Safety* disusun secara bertahap mulai tahun 2004 dan hingga saat ini sudah terbentuk 13 “*action areas*”, diantaranya adalah *patient safety* (keselamatan pasien). Program ini dibentuk untuk memfasilitasi pengembangan kebijakan dan praktik keselamatan pasien secara global dan berperan utama dalam peningkatan keselamatan pasien dunia. Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman dengan menerapkan tujuh langkah keselamatan pasien.

Keselamatan pasien perlu diatur dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen resiko dalam seluruh aspek pelayanan. Untuk mewujudkan tujuan tersebut tentunya perlu kerjasama antar profesi kesehatan yang diakomodir dalam tim keselamatan pasien dan bertanggungjawab terhadap keselamatan pasien sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan. Hal ini sesuai dengan standar akreditasi yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan. Dengan demikian, kerjasama tim yang baik penting untuk dipertahankan termasuk dalam hal keselamatan pasien.

B. Kerjasama Tim dalam Keselamatan Pasien

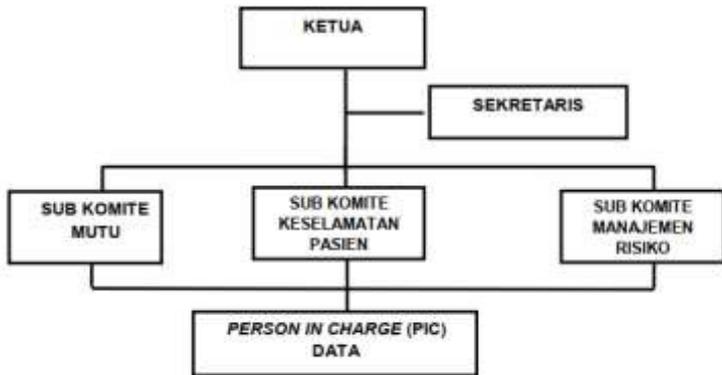
1. Pengertian Tim Keselamatan Pasien

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan penanganan insiden keselamatan pasien sesuai dengan standar yang berlaku. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan

keselamatan pasien. Penanganan insiden di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh tim keselamatan pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pelaksana kegiatan penanganan insiden. Dalam melakukan penanganan insiden, tim keselamatan pasien melakukan kegiatan berupa pelaporan, verifikasi, investigasi dan analisis penyebab insiden.

2. Keanggotaan Tim Keselamatan Pasien

Sebagaimana dijelaskan dalam sub bab di atas, bahwasanya tim keselamatan pasien bertanggung jawab langsung kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Adapun keanggotaan tim keselamatan pasien paling sedikit terdiri atas unsur manajemen fasilitas pelayanan kesehatan dan unsur klinisi di fasilitas pelayanan kesehatan. Selanjutnya, tim keselamatan pasien ini nantinya dapat dikembangkan menjadi komite keselamatan pasien fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan.



Gambar 1. Struktur Organisasi dan Tata Kerja Komite Keselamatan Pasien

3. Tugas Tim Keselamatan Pasien

- a. Menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang keselamatan pasien
- b. Mengembangkan dan mengelola program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan

- c. Melakukan edukasi, konsultasi 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 (Root Cause Analysis), dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien. RCA adalah metode evaluasi terstruktur untuk identifikasi akar masalah kejadian yang tidak diharapkan untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
 - f. Membuat laporan kegiatan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan, dan
 - g. Mengirim laporan insiden secara kontinyu sesuai dengan pedoman pelaporan insiden.
4. Kerjasama Tim

Kerjasama tim merupakan aspek penting dalam sistem pelayanan keperawatan dimana kerjasama tim menentukan kualitas dan mutu pelayanan. Kerjasama tim merupakan bagian penting dari struktur organisasi pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Fasilitas pelayanan kesehatan yang baik mempunyai struktur organisasi dan pembagian tim yang baik dimana kerjasama tim itu sendiri tidak terlepas dari peran seorang pemimpin. Untuk menciptakan kerjasama tim yang efektif hendaknya didasarkan pada kesadaran pada setiap anggota kelompok dalam bekerja, adanya pemimpin yang dapat dijadikan panutan atau contoh bagi anggota timnya dan adanya pembagian peran pada setiap anggota kelompok. Penyelenggaraan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dapat dilaksanakan dengan baik apabila memiliki perangkat pelaksanaan yang berkomitmen dan memiliki budaya keselamatan pasien.

Berikut beberapa hal yang dapat dilakukan oleh tim sebagai upaya menuju keselamatan pasien di pelayanan kesehatan (Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kemenkes RI, 2015):

- a. Pastikan setiap anggota tim dan tenaga kesehatan yang bekerja dalam memberikan pelayanan kesehatan mengetahui dan memahami pedoman keselamatan pasien.
- b. Pastikan bahwa rekan kerja memiliki kepedulian dan kemampuan dalam menyampaikan hal-hal bilamana terjadi insiden keselamatan pasien.
- c. Jelaskan pada tim tentang relevansi dan pentingnya serta manfaat dalam menjalankan standar keselamatan pasien
- d. Bentuk forum-forum dalam fasilitas pelayanan kesehatan untuk membahas isu-isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait.
- e. Lakukan proses asesmen resiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap resiko dan identifikasi upaya strategis untuk memperkecil resiko tersebut.
- f. Berikan semangat kepada rekan kerja untuk dapat melaporkan setiap insiden yang terjadi, dan upaya mitigasi yang dilakukan untuk memperkecil insiden.
- g. Pastikan pasien dan keluarga mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
- h. Berikan dukungan dan dorongan semangat pada rekan kerja agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.
- i. Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.
- j. Diskusikan dengan tima tentang pengalaman dari hasil analisis insiden.
- k. Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman

tersebut secara lebih luas sebagai bentuk upaya pencegahan insiden keselamatan pasien.

- l. Melibatkan komite keselamatan pasien atau pihan terkait apabila ada hal-hal yang ingin dikonsolidasikan
 - m. Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - n. Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.
 - o. Libatkan tim dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik lagi.
 - p. Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim dan pastikan pelaksanaannya.
 - q. Pastikan tim menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.
5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kerjasama Tim dalam Penerapan Keselamatan Pasien
- a. Komunikasi

Komunikasi yang efektif merupakan kunci untuk mencapai keselamatan pasien di rumah sakit. Adanya kesalahan informasi maupun komunikasi antar tim pelayanan kesehatan secara langsung akan mempengaruhi pelayanan kesehatan kepada pasien dan keluarganya. Untuk itu perawat sebagai petugas kesehatan yang paling sering berkomunikasi dengan pasien sudah selayaknya memiliki komunikasi yang baik dan mampu menerapkan sesuai kondisi untuk menekan kejadian insiden keselamatan pasien. Komunikasi efektif tidak hanya diaplikasikan pada pasien dan keluarganya, tetapi juga pada tim pelayanan kesehatan.

- b. Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan suatu kemampuan seseorang untuk dapat mengarahkan, membimbing dan melakukan koordinasi dengan anggotanya untuk melakukan sesuai dengan yang diarahkan dan tujuan

yang ingin dicapai. Dalam penerapan keselamatan pasien tentunya dibutuhkan kerjasama yang baik antar anggota tim. Kewenangan dan tanggung jawab untuk menerapkan keselamatan pasien dan upaya perbaikan pelayanan kesehatan sebagai prioritas strategik ada pada para pimpinan rumah sakit dan harus dimulai dari para pimpinan di rumah sakit.

Tim yang memiliki visi dan persepsi yang sama terhadap pencapaian tujuan akan menjadi dasar yang kuat dalam mencapai standar keselamatan pasien. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Georgiou et al (2021) yang menunjukkan bahwa dengan adanya leader dan kerjasama team yang baik akan memberikan hasil yang baik terhadap implementasi keselamatan pasien.

Berikut bentuk kegiatan pimpinan rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan dalam hal keselamatan pasien yaitu, melakukan ronde eksekutif keselamatan pasien; secara berkala mengadakan pelatihan internal yang berkaitan dengan keselamatan pasien dan melakukan simulasi praktik untuk keselamatan pasien; serta mengembangkan indikator-indikator tentang pelaksanaan keselamatan pasien.

c. Kebijakan pemimpin fasilitas kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan suatu sikap peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh semua lini yang bekerja dalam lingkup kesehatan. Seperti yang dijelaskan dalam paparan di atas, dalam implementasi keselamatan kesehatan tentunya dibutuhkan suatu *leader* untuk menggerakkan dan mencapai standar keselamatan pasien. Dalam implementasinya tentunya tidak terlepas dari kebijakan pemimpin dalam lingkup pelayanan dan keselamatan pasien.

d. Kemampuan beradaptasi anggota tim

Kemampuan beradaptasi bagi anggota tim dibutuhkan dalam suatu kerja tim terutama dalam menghadapi keadaan yang dinamis dan beresiko. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien tentunya dilakukan secara menyeluruh mulai pasien masuk, dilakukan pemeriksaan, diagnosis, implementasi atau tindakan pengobatan hingga pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk dapat melakukan semua itu dibutuhkan kemampuan beradaptasi yang cepat dan komunikasi yang tepat supaya proses koordinasi berjalan lancar aman dan efektif. Hal ini juga sesuai dengan 7 standar keselamatan pasien yang telah dijabarkan pada bab sebelumnya.

6. Pembinaan dan Pengawasan dan Evaluasi Kegiatan Keselamatan Pasien

Dalam kegiatan pelaksanaan, pembinaan dan pengawasan kegiatan keselamatan pasien, Menteri Kesehatan, Komite Keselamatan Pasien, Kepala Dinas dapat mengikutsertakan asosiasi atau organisasi profesi kesehatan bahkan institusi pendidikan. Di lingkup rumah sakit, Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien dengan menggunakan instrumen akreditasi rumah sakit yang relevan.

DAFTAR PUSTAKA

- Georgiou Mary K, Anastasios M, Maria H, Pavlos S, Theodore K, (2021). Correlation between teamwork and patient safety in a tertiary hospital in Cyprus. *Cureus* 13(11): e19244. DOI: 10.7759/cureus.19244.
- Kementerian Kesehatan RI, (2015). Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Edisi III.
- Permenkes, (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 17 Tentang Keselamatan Pasien.

BIODATA PENULIS



Endah Panca Lydia Fatma, Ners, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B lahir di Malang, pada 1 April 1986. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Departemen Keperawatan Universitas Brawijaya.

BAB 5

Manajemen Risiko dalam Keselamatan Pasien

Ns. Muzaroah Ermawati U., M. Tr. Kep

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan aspek yang tidak dapat diabaikan dalam pelayanan kesehatan modern. Upaya menjaga keselamatan pasien menjadi fokus utama bagi institusi kesehatan di seluruh dunia. Meskipun telah ada kemajuan signifikan dalam teknologi medis dan peningkatan dalam praktik klinis, namun risiko terhadap keselamatan pasien tetap menjadi tantangan yang harus diatasi secara berkelanjutan (Lipperera et al., 2021).

Manajemen risiko dalam konteks keselamatan pasien adalah suatu pendekatan sistematis yang dirancang untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengurangi risiko yang dapat membahayakan pasien dalam lingkungan pelayanan kesehatan. Tujuan utama dari manajemen risiko ini adalah untuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan, mengurangi potensi kerugian, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Melalui pemahaman yang lebih baik tentang manajemen risiko dalam keselamatan pasien, diharapkan para praktisi kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya dapat bekerja sama untuk meningkatkan standar keselamatan pasien, mengurangi insiden yang merugikan, dan memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang terbaik dan aman (Firmansyah, 2022).

B. Konsep Manajemen Risiko dalam Keselamatan Pasien

1. Pengertian Manajemen Risiko

Kegiatan manajemen risiko merupakan isu penting bagi sebuah pelayanan yang berbasis mutu pelayanan. Manajemen risiko merupakan upaya preventif bagi sebuah perusahaan terutama yang bergerak pada bidang jasa dimana rentan sekali dengan kesalahan dan komplain.

Manajemen Risiko menjadi proses sistematis yang dirancang untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, mengelola, dan meminimalkan risiko yang terkait dengan aktivitas, proses, atau keputusan dalam suatu organisasi. Tujuan utama dari manajemen risiko untuk mengurangi kemungkinan terjadinya kerugian atau dampak negatif, serta untuk meningkatkan kemungkinan pencapaian tujuan organisasi dengan cara yang efisien dan efektif.

Komponen utama dalam manajemen risiko seperti mengidentifikasi semua potensi risiko yang mungkin mempengaruhi pencapaian tujuan organisasi. Risiko dapat berasal dari berbagai sumber, termasuk lingkungan eksternal, proses internal organisasi, atau keputusan manajemen (Müller et al., 2018).

Setelah risiko diidentifikasi, langkah berikutnya adalah mengevaluasi risiko tersebut. Ini melibatkan penilaian terhadap kemungkinan terjadinya risiko dan dampaknya jika terjadi. Evaluasi risiko membantu organisasi untuk memprioritaskan risiko mana yang paling penting untuk dikelola dan untuk menentukan strategi pengelolaan yang tepat.

Pengelolaan risiko yang sudah dievaluasi selanjutnya melakukan strategi pengelolaan risiko dapat berupa pencegahan risiko, mitigasi risiko, transfer risiko, atau penerimaan risiko. Hal ini melibatkan pengembangan kebijakan, prosedur, dan kontrol yang dirancang untuk mengurangi kemungkinan terjadinya risiko atau dampak negatifnya.

Monitoring dan pengendalian risiko sebagai evaluasi untuk memantau perubahan dalam lingkungan dan kondisi yang dapat mempengaruhi risiko dan evaluasi efektivitas strategi pengelolaan risiko yang telah diterapkan. Pelaporan dan pembelajaran harus dimiliki untuk mengumpulkan informasi tentang risiko dan insiden yang terjadi. Melalui pelaporan dapat mengambil Pelajaran dari pengalaman dan kesalahan serta mengidentifikasi peluang untuk perbaikan di masa depan (Ulumiyah, 2018).

2. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah aspek yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk melindungi pasien dari cedera atau bahaya yang dapat timbul selama proses perawatan medis. Ini mencakup berbagai aspek, termasuk pencegahan infeksi, penggunaan obat yang aman, penghindaran kesalahan diagnosa, pencegahan jatuh, dan komunikasi yang efektif antara pasien dan penyedia layanan kesehatan.

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam Upaya keselamatan pasien diantaranya melakukan beberapa Langkah pencegahan infeksi seperti mencuci tangan yang baik oleh staf medis, sterilisasi alat-alat medis, serta praktik-praktik higienis lainnya penting untuk mencegah penyebaran infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Mathew et al., 2018).

Penggunaan obat yang aman juga merupakan langkah yang harus dilakukan dalam keselamatan pasien, sebagai tenaga Kesehatan harus melakukan identifikasi dan pengkajian secara menyeluruh, hal ini dilakukan dalam Upaya menghindari kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien, termasuk dosis yang salah, penggunaan obat yang salah, atau interaksi obat yang merugikan. Melakukan verifikasi identitas pasien, label obat dengan jelas, dan pendidikan pasien tentang penggunaan obat adalah langkah-langkah yang penting dalam mengurangi risiko kesalahan obat.

Langkah selanjutnya melakukan komunikasi yang jelas dan efektif antara pasien dan staf medis, serta antara anggota tim perawatan kesehatan, membantu mencegah kesalahpahaman yang dapat mengarah pada kesalahan dalam perawatan pasien. Memberikan informasi yang lengkap tentang diagnosis, prosedur medis, dan perawatan yang direncanakan menjadi langkah dalam menjaga keselamatan pasien.

Pencegahan jatuh merupakan tindakan yang dilakukan dalam menjaga keselamatan pada pasien dengan kondisi keterbatasan mobilitas dan aktivitas menjadi perhatian khusus untuk mencegah cedera dengan penggunaan alat bantu seperti rail tempat tidur, pengawasan staf medis dan penilaian risiko jatuh. Selain pencegahan jatuh, perlindungan informasi pasien menjadi aspek penting dalam keselamatan pasien, yang meliputi penggunaan sistem yang aman untuk penyimpanan dan pertukaran informasi medis, serta penggunaan praktik-praktik privasi yang sesuai untuk melindungi kerahasiaan informasi medis pasien. Keselamatan pasien menjadi fokus utama dalam banyak kebijakan dan inisiatif kesehatan di seluruh dunia, karena pengakuan bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan yang aman dan berkualitas. Implementasi praktik-praktik keselamatan pasien yang efektif memerlukan komitmen dari seluruh staf medis dan pemangku kepentingan lainnya dalam sistem Kesehatan (Boamah et al., 2018).

3. Faktor Risiko dalam Keselamatan Pasien
 - a. Faktor risiko dalam keselamatan pasien adalah kondisi, kejadian, atau praktik-praktik tertentu yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya cedera atau bahaya bagi pasien selama proses perawatan medis. Faktor-faktor ini dapat berasal dari berbagai sumber, termasuk sistem kesehatan, prosedur medis, peralatan, lingkungan, atau interaksi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan.

- b. Kesalahan dalam proses diagnosa, termasuk kesalahan dalam interpretasi tes diagnostik, pengabaian gejala yang penting, atau penundaan dalam diagnosis, dapat menyebabkan penundaan perawatan yang tepat atau pengobatan yang tidak sesuai, yang dapat berpotensi membahayakan pasien.
- c. Kesalahan pemberian dosis, kesalahan pemberian obat sehingga menyebabkan interaksi obat yang dapat merugikan hingga dapat mengancam jiwa. Pengelolaan obat yang keliru dapat menyebabkan efek samping yang berbahaya hingga komplikasi medis lainnya.
- d. Kesalahan atau kekurangan dalam komunikasi antara pasien dan staf medis, serta antara anggota tim perawatan kesehatan, dapat mengakibatkan kesalahpahaman, pengabaian informasi penting, atau koordinasi yang buruk dalam perawatan pasien
- e. Pasien yang lemah atau rentan terhadap jatuh, seperti lansia atau pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, berisiko mengalami cedera serius.
- f. Keterlambatan dalam tindakan medis yang tepat atau penundaan dalam pemberian perawatan yang diperlukan dapat menyebabkan peningkatan risiko komplikasi atau kematian bagi pasien (Bukoh & Siah, 2019).

Penting untuk mengidentifikasi dan mengelola faktor risiko dalam keselamatan pasien secara efektif untuk mengurangi kemungkinan terjadinya cedera atau bahaya bagi pasien, hal ini melibatkan penggunaan strategi pencegahan yang sesuai, pelatihan staf medis, implementasi kebijakan dan prosedur yang aman, serta promosi budaya keselamatan pasien yang kuat di seluruh organisasi kesehatan.

4. Strategi pencegahan dan Pengurangan Risiko

Strategi pencegahan dan pengurangan risiko dalam keselamatan pasien adalah serangkaian langkah atau tindakan yang dirancang untuk mengidentifikasi,

mencegah, dan mengurangi kemungkinan terjadinya cedera atau bahaya bagi pasien selama pelayanan kesehatan. Tujuan dari strategi ini adalah untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien.

- a. Strategi yang digunakan dalam manajemen risiko dalam keselamatan pasien dengan menerapkan standar dan protokol yang ketat untuk prosedur medis, penggunaan obat, identifikasi pasien, dan pencegahan infeksi dapat membantu mengurangi risiko kesalahan dan komplikasi medis.
- b. Memberikan pendidikan dan pelatihan kepada staf medis tentang praktik-praktik keselamatan pasien, penggunaan peralatan medis, prosedur pencegahan infeksi, dan komunikasi yang efektif dengan pasien dapat membantu meningkatkan kesadaran akan risiko dan meningkatkan keterampilan dalam merespons situasi yang mungkin berpotensi membahayakan pasien.
- c. Penggunaan teknologi dengan menerapkan teknologi medis yang canggih, seperti sistem pencatatan medis elektronik (EHR), barcode untuk identifikasi obat, atau alat-alat medis yang inovatif, dapat membantu mengurangi risiko kesalahan dan meningkatkan akurasi perawatan.
- d. Meningkatkan komunikasi antara pasien dan staf medis, serta antara anggota tim perawatan kesehatan, dapat membantu mencegah kesalahpahaman dan kebingungan yang dapat menyebabkan kesalahan dalam perawatan pasien.
- e. Melakukan pengawasan yang teratur terhadap proses-proses perawatan medis, menganalisis insiden dan kejadian yang tidak diinginkan, serta melakukan investigasi untuk mengidentifikasi faktor risiko dan kesalahan dapat membantu mencegah terjadinya kejadian serupa di masa depan.

f. Mendorong budaya pelaporan yang terbuka dan transparan terkait dengan insiden atau potensi risiko, serta melakukan analisis root cause untuk memahami penyebab yang mendasari insiden, dapat membantu organisasi belajar dari kesalahan dan mengimplementasikan perbaikan yang diperlukan.

5. Budaya keselamatan pasien

Budaya keselamatan pasien merujuk pada sikap, nilai, keyakinan, norma, dan praktik-praktik yang dianut oleh seluruh anggota organisasi kesehatan yang menekankan pada pentingnya keselamatan pasien sebagai prioritas utama. Budaya ini menciptakan lingkungan di mana keselamatan pasien dipandang sebagai tanggung jawab bersama, bukan hanya tugas individu atau departemen tertentu.

Budaya keselamatan pasien adalah tanggung jawab bersama semua anggota tim perawatan kesehatan, termasuk staf medis, manajemen, administrasi, dan pasien itu sendiri. Ini melibatkan partisipasi aktif dari semua pihak dalam menerapkan praktik-praktik keselamatan pasien dan melindungi pasien dari cedera atau bahaya yang tidak diinginkan. Memastikan bahwa semua pasien diperlakukan dengan adil dan setara, tanpa memandang latar belakang sosial, ekonomi, atau demografi mereka. Ini mencakup memberikan perhatian yang sama terhadap semua pasien, mendengarkan dengan empati, dan menghormati hak-hak pasien untuk mendapatkan perawatan yang berkualitas dan aman (Garcia et al., 2019).

Membangun budaya keselamatan pasien yang kuat, organisasi kesehatan dapat menciptakan lingkungan di mana keselamatan pasien menjadi prioritas utama dan di mana semua anggota tim merasa bertanggung jawab untuk melindungi pasien dari risiko cedera atau bahaya. Budaya ini memainkan peran kunci dalam meningkatkan kualitas perawatan, meminimalkan risiko kesalahan, dan

membangun kepercayaan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan

6. Tantangan dan peluang masa depan

Tantangan dan peluang masa depan dalam Manajemen Risiko Keselamatan Pasien terus berkembang seiring dengan perkembangan teknologi, perubahan demografis, dan evolusi praktik kesehatan. Tantangan yang dihadapi oleh system kesehatan menjadi semakin kompleks dengan adopsi teknologi baru, integrasi data elektronik, dan keterlibatan berbagai pihak, yang dapat menyulitkan pengelolaan risiko dan mengidentifikasi masalah keselamatan pasien. Staf kesehatan sering menghadapi beban kerja yang tinggi, yang dapat menyebabkan kelelahan dan peningkatan risiko kesalahan. Manajemen risiko harus memperhitungkan dampak dari faktor-faktor ini dalam perencanaan strategi keselamatan pasien. Sementara keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan dan perawatan mereka menjadi semakin penting, tantangan mungkin timbul dalam menyediakan informasi yang relevan dan dipahami pasien serta memperhitungkan preferensi individu pasien.

Peluang bagi masa depan dalam manajemen risiko keselamatan seperti penggunaan teknologi, dengan perkembangan dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan mengelola risiko keselamatan pasien dengan lebih efisien dan akurat. Peluang untuk meningkatkan pendidikan dan pelatihan staf medis dalam praktik keselamatan pasien yang terkini, serta memperkenalkan program pelatihan baru untuk mengatasi tantangan baru dalam pelayanan Kesehatan.

Kolaborasi yang lebih erat antara berbagai disiplin ilmu, termasuk teknologi informasi, manajemen risiko, dan pelayanan kesehatan, dapat menghasilkan pendekatan holistik dalam manajemen risiko keselamatan pasien. Meningkatnya keterlibatan pasien dalam perawatan mereka membuka peluang untuk memanfaatkan

pengetahuan dan pengalaman pasien dalam identifikasi risiko dan pengembangan solusi pencegahan yang lebih efektif. Peluang dengan melakukan pembaharuan regulasi dan kebijakan yang berfokus pada keselamatan pasien dapat memberikan dorongan bagi organisasi kesehatan untuk mengutamakan investasi dalam manajemen risiko dan pengembangan praktik terbaik (Alotaibi & Federico, 2017).

Upaya yang dilakukan dengan mengenali tantangan dan memanfaatkan peluang tersebut, organisasi kesehatan dapat mengembangkan strategi manajemen risiko yang efektif untuk melindungi dan meningkatkan keselamatan pasien di masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alotaibi, Y. K., & Federico, F. (2017). The impact of health information technology on patient safety. *Saudi Medical Journal*, 38(12), 1173-1180. <https://doi.org/10.15537/smj.2017.12.20631>
- Boamah, S. A., Spence Laschinger, H. K., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Bukoh, M. X., & Siah, C. J. R. (2019). A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>
- Firmansyah, M. H. (2022). Penerapan Manajemen Risiko Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Di Rumah Sakit Islam Surabaya a. Yani. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 10(1), 12-19. <https://doi.org/10.14710/jkm.v10i1.31550>
- Garcia, C. D. L., De Abreu, L. C., Ramos, J. L. S., De Castro, C. F. D., Smiderle, F. R. N., Dos Santos, J. A., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (Lithuania)*, 55(9), 1-13. <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>
- Lipperla, M., Bijon, J., Eandi, C., & Virgili, G. (2021). Patient Safety in Ophthalmology. In *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_25
- Mathew, R., Markey, K., Murphy, J., & Brien, B. O. (2018). Integrative Literature Review Examining Factors Affecting Patient Safety With Robotic-Assisted and Laparoscopic Surgeries. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 645-652. <https://doi.org/10.1111/jnu.12437>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018->

022202

Ulumiyah, N. H. (2018). Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 149. <https://doi.org/10.20473/jaki.v6i2.2018.149-155>

BIODATA PENULIS



Ns. Muzaroah Ermawati Ulkhasanah., M. Tr. Kep lahir di Wonogiri, pada 29 November 1992. Menyelesaikan pendidikan S2 di Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Universitas Duta Bangsa Surakarta.

BAB 6

Indikator Mutu Pelayanan dalam Keselamatan Pasien

Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep

A. Pendahuluan

Patient safety atau keselamatan pasien adalah aspek penting yang berfungsi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam keselamatan pasien terlebih pada tatanan rumah sakit sebagai bentuk penerapan dan cerminan sentuhan hasil kerja tenaga kesehatan, ketersediaan sarana prasarana layanan serta sistem manajemen dan administrasi dalam daur pelayanan terhadap pasien (Rachmawati, et al., 2023).

Keselamatan pasien menjadi aspek penting serta prioritas dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Untuk mendukung terciptanya keselamatan pasien maka organisasi pelayanan kesehatan harus mampu menerapkan beberapa indikator mutu pelayanan dalam keselamatan pasien yang membuat proses perawatan pasien lebih aman dan berkualitas. Penerapan dan pemantauan terus-menerus terhadap indikator-indikator tersebut dapat membantu institusi kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara keseluruhan (Ismainar, 2019).

B. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah sistem yang memiliki tujuan untuk memberikan asuhan kepada pasien secara aman dalam bentuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan (Munthe, 2017). Keselamatan pasien adalah sebuah sistem aman yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan, dimulai dari pengkajian, identifikasi, sampai analisis kejadian dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Hadi, 2017).

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan salah satu aspek penting yang harus diperhatikan dalam pemberian suatu asuhan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pemberian asuhan yang tidak aman dapat menyebabkan cedera yang berujung pada kecacatan bahkan kematian yang sebagian besarnya dapat dihindari (Tombong, 2021).

C. Tujuan Keselamatan Pasien

Sistem keselamatan pasien bertujuan antara lain terciptanya budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, meningkatnya akuntabilitas fasilitas pelayanan kesehatan terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di fasilitas pelayanan kesehatan, serta terlaksananya berbagai program preventif sehingga kejadian tidak diharapkan dapat dicegah (Hadi, 2017).

KTD berdampak terhadap peningkatan biaya pelayanan serta menimbulkan konflik antara tenaga kesehatan dan pasien, menimbulkan sengketa medis, adanya tuntutan serta tuduhan malpraktek yang nantinya akan terbawa ke media massa sehingga menimbulkan opin negatif terhadap pelayanan di fasilitas kesehatan. Oleh sebab itu, dengan adanya peningkatan keselamatan pasien akan menekankan angka KTD sehingga diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan dapat meningkat (Ismainar, 2019).

Beberapa tujuan keselamatan pasien secara internasional adalah (Kurniawan, 2020) :

1. *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien dengan benar)
2. *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)
3. *Improve the safety high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan resiko tinggi)
4. *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (menghindari kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
5. *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)

6. *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien jatuh)

D. Standar Keselamatan Pasien

Masalah keselamatan pasien adalah suatu hal yang patut ditangani sesegera mungkin diberbagai fasilitas pelayanan kesehatan, oleh sebab itu diperlukan standar keselamatan pasien yang bertujuan sebagai acuan fasilitas layanan kesehatan untuk melaksanakan kegiatannya (Rachmawati, et al., 2023).

Adapun standar keselamatan pasien tersebut mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang diterbitkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, pada tahun 2002, kemudian disesuaikan dengan kondisi yang ada di Indonesian (Hadi, 2017)

Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar sebagai berikut (Ismainar, 2019) :

1. Hak Pasien

Pasien beserta keluarganya memiliki hak untuk mengetahui serta mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pengasuhan termasuk adanya kemungkinan KTD (kejadian tidak diharapkan). Kriterianya adalah :

- a. Ada dokter penanggung jawab pasien.
- b. Dokter penanggung jawab harus merancang rencana pelayanan.
- c. Dokter penanggung jawab harus menjelaskan secara jelas tentang rancangan, prosedur, dan hasil pelayanan kepada pasien dan keluarganya.

2. Mendidik Pasien dan Keluarga

Fasilitas pelayanan kesehatan berkewajiban memberi pendidikan kepada pasien serta keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien pada asuhan pasien. Kriterianya adalah :

- a. Memberikan informasi yang lengkap, jelas dan jujur.
- b. Mengetahui pasti tanggung jawab dan kewajibannya..
- c. Memberikan pertanyaan apabila tidak mengerti.
- d. Paham dan terima akan konsekuensi pelayanan.
- e. Mematuhi instruksi peraturan Faspelkes.

- f. Mempunyai sikap tenggang rasa.
 - g. Memenuhi persyaratan finansial yang disepakati.
3. Keselamatan Pasien dan Kestinambungan Pelayanan
- Fasilitas pelayanan kesehatan harus menjamin kesinambungan pengasuhan ataupun pelayanan serta menjamin koordinasi antar tenaga kesehatan dan antar unit pelayanan. Kriterianya adalah :
- a. Terdapat koordinasi secara menyeluruh, disesuaikan dengan kebutuhan pasien, serta mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga.
 - b. Terdapat komunikasi antar profesi kesehatan.
4. Penggunaan Metode-Metode Peningkatan Kinerja untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien
- Fasilitas pelayanan kesehatan harus menciptakan proses baru atau memperbaiki proses yang sudah ada, memantau dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis intensif KTD serta melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja tenaga kesehatan. Kriterianya adalah :
- a. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan, pengumpulan data, serta evaluasi insentif.
 - b. Setiap rumah sakit harus menggunakan berbagai data dan informasi yang ada.
5. Peran Kepemimpinan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien
- Pimpinan harus mendorong dan menjamin penerapan program melalui penerapan 7 langkah menuju keselamatan pasien. Pimpinan juga harus menjamin berlangsungnya program proaktif mengenali risiko keselamatan pasien serta program preventif KTD. Pimpinan harus mendorong komunikasi dan koordinasi antar unit, mengalokasi sumber daya yang adekuat, serta mengkaji efektifitas

keikutsertaannya dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Kriterianya adalah :

- a. Tersedia tim antar disiplin, program proaktif meminimalisir insiden, mekanisme kerja, program cepat tanggap, mekanisme pelaporan internal dan eksternal, serta mekanisme penanganan insiden.
 - b. Adanya kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar tim.
 - c. Terdapat sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan.
6. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan proses pendidikan, pelatihan, serta orientasi untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf dalam rangka memberikan asuhan pada pasien. Kriterianya adalah :

- a. Mempunyai program diklat dan orientasi staf baru.
 - b. Mengintegrasikan topik keselamatan pasien di setiap kegiatan *inservice training*.
7. Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi yang akurat. Kriterianya adalah :

- a. Adanya anggaran untuk mendesain proses manajemen untuk memperoleh informasi mengenai keselamatan pasien.
- b. Terdapat mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi.

E. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu merupakan gabungan dari berbagai sifat dan karakteristik produk atau jasa yang berguna untuk melengkapi kebutuhan pemakainya (Bustami, 2017). Mutu bersifat multi dimensi dan mempunyai banyak sisi, oleh sebab itu dalam pemaknaannya membedakan mutu berdasarkan pemikiran yang bersifat individualis, absolutis dan sosialis (Mukti, 2016).

Selain itu, mutu juga dapat didefinisikan sebagai gambaran ciri-ciri langsung dari sebuah produk. Kualitas dapat diketahui dari bentuk, penampilan, ataupun segi fungsi dan estesisnya (Nursalam, 2017).

Pelayanan kesehatan adalah jasa yang disediakan oleh organisasi penyedia layanan kesehatan, salah satunya seperti pelayanan keperawatan (Vanchapo & Magfiroh, 2022). Pelayanan kesehatan merupakan peningkatan status kesehatan melalui usaha-usaha preventif, terapi, diagnosis, rehabilitasi atau penyembuhan penyakit serta gangguan fisik dan mental. Mutu pelayanan Kesehatan sangat dipengaruhi oleh standar perawatan medis. Bentuk, tampilan, kinerja, serta estetika dan tujuan dari suatu layanan, semuanya dapat digunakan untuk mengevaluasi kualitas suatu layanan kesehatan tertentu (Agustina, Salsabila, Nasution, & Deliana, 2023).

Mutu pelayanan kesehatan merupakan derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi serta pelayanan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan secara wajar, efisien, efektif, dan diberikan dengan aman serta memuaskan secara aturan, norma, etik, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan, kemampuan pemerintah, serta masyarakat (Vanchapo & Magfiroh, 2022).

Layanan kesehatan dapat dikatakan bermutu apabila pelayanan kesehatan selalu berusaha memenuhi harapan pasien sehingga pasien akan merasa puas dan merasa sangat berterimakasih atas semua yang diharapkan sesuai dengan kebutuhan pasien (Toliaso, 2018).

F. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Ada lima dimensi mutu pelayanan kesehatan terdiri dari *Tangibles* (tampilan fisik layanan), *Reability* (keandalan), *Responsiveness* (ketanggapan dalam memberikan layanan), *Assurance* (jaminan layanan), serta *Emphaty* (memahami keinginan pelanggan). Lima dimensi tersebut digunakan untuk menilai suatu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan proses pemberian asuhan ataupun

pelayanan. Terdapat beberapa ukuran yang bisa dilihat melalui kaca mata mutu (Muninjaya, 2015).

Beberapa ukuran tersebutlah yang akan menjadi karakteristik dari mutu pelayanan, antara lain (Muninjaya, 2015) :

1. Reliabilitas (*reliability*)

Reliabilitas merupakan kemampuan memberikan pelayanan dengan segera, tepat (akurat), serta memuaskan dengan kriteria :

2. Daya tanggap (*responsiveness*)

Daya tanggap adalah keinginan para karyawan/staf membantu semua pelanggan serta melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap.

3. Jaminan (*assurance*)

Jaminan bermakna bahwa setiap karyawan/staf memiliki kompetensi, kesopanan dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, serta bebas dari risiko dan keraguan.

4. Empati (*empathy*)

Dalam hal ini karyawan/staf mampu menempatkan dirinya pada pelanggan, hal ini berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pelanggannya, serta dapat memahami kebutuhan dari pelanggan.

5. Bukti fisik atau bukti langsung (*tangible*)

Bukti fisik dapat berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan /staf yang menyenangkan.

B. Indikator Mutu Pelayanan dalam Keselamatan Pasien

Indikator mutu pelayanan dalam keselamatan pasien merupakan ukuran atau parameter yang digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana suatu sistem pelayanan kesehatan dapat menyediakan perawatan yang aman dan efektif bagi pasien. Keselamatan pasien menjadi aspek penting dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Berikut adalah beberapa indikator mutu pelayanan dalam keselamatan pasien (Yusfik & Achirman, 2022) :

1. Budaya keselamatan pasien
 - a. Pelatihan dan Pendidikan

Adanya pelaksanaan pelatihan dan pendidikan untuk peningkatan SDM secara berkesinambungan.
 - b. Lingkungan Kerja

Adanya lingkungan kerja yang saling mendukung dan menghormati satu sama lain. Tersedianya rapat koordinasi multi disiplin secara rutin yang membahas kasus ataupun insiden yang terjadi. Selain itu fasilitas pelayanan kesehatan juga harus memiliki sistem dan program untuk memperbaiki keselamatan pasien..
 - c. Kepemimpinan

Pimpinan fasilitas melakukan rapat koordinasi secara berkala untuk menilai perkembangan program keselamatan pasien.
 - d. Komunikasi

Tim tenaga medis harus melakukan sosialisasi tentang program keselamatan pasien. Berdasarkan hasil sosialisasi dan analisis terkait adanya insiden, maka harus diberikan *feedback* tentang perubahan yang perlu dilaksanakan.
 - e. Frekuensi Pelaporan

Semua insiden ataupun KTD wajib dilaporkan, dicatat, dan dianalisis.
 - f. Kerja Tim

Unit-unit di fasilitas pelayanan kesehatan harus bekerja sama dengan baik untuk memberikan pelayanan kesehatan terbaik untuk pasien.
2. Sasaran Keselamatan Pasien Internasional
 - a. Identifikasi Pasien

Kesalahan identifikasi pasien dapat menyebabkan pemberian perawatan yang salah kepada pasien yang tidak tepat. Oleh sebab itu dibutuhkan kebijakan dan prosedur yang mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.
 - b. Meningkatkan Komunikasi Efektif

Adanya prosedur yang mengarahkan pelaksanaan komunikasi lisan atau melalui telpon secara konsisten.

Selain itu dibutuhkan evaluasi kualitas komunikasi antar anggota tim kesehatan untuk mencegah kesalahan informasi dan koordinasi yang buruk.

c. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Adanya kebijakan yang dikembangkan untuk memuat proses identifikasi, penetapan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat, serta memiliki prosedur pemberian obat yang benar. Berikut 7 prinsip pemberian obat yang benar (Aprilia, Rachmah, & Yullyzar, 2022) :

- 1) Benar Pasien
- 2) Benar Dosis
- 3) Benar Obat
- 4) Benar Waktu
- 5) Benar Cara Pemberian
- 6) Benar Informasi
- 7) Benar Dokumentasi

d. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien, serta Tepat Operasi/Tindakan

Adanya kebijakan dan prosedur yang dirancang untuk mendukung keseragaman proses guna memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien serta operasi/tindakan.

e. Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Penerapan program *hand hygiene* yang efektif serta mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (*WHO Patient Safety*). Selain itu pencegahan infeksi nosokomial dapat dengan cara mengadopsi praktik kebersihan yang ketat, penggunaan perlengkapan pelindung diri, dan protokol isolasi untuk mencegah penularan infeksi di lingkungan perawatan kesehatan.

f. Mengurangi Resiko Pasien Cedera Akibat Jatuh

Penerapan proses pengkajian awal resiko pasien jatuh dan melakukan pengkajian ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pelayanan

pengobatan. Mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi jatuh dan mengimplementasikan langkah-langkah pencegahan, seperti pengawasan ekstra dan penempatan alas tidur yang aman.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, D., Salsabila, L. N., Nasution, E. M., & Deliana. (2023). Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit. *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 64-70.
- Aprilia, N., Rachmah, & Yullyzar. (2022). Prinsip Tujuh Benar Pemberian Obat. *JIM FKep Volume I*, 1-8.
- Bustami. (2017). Hubungan Kualitas Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Peserta Jaminan. *Jurnal Nasional*, 142-147.
- Hadi, I. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien (Teori & Aplikasi)*. Yogyakarta: Deepublisher.
- Ismainar, H. (2019). *Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Yogyakarta: Deepublish.
- Kurniawan, H. (2020). *Patient Safety and International Patient Safety Goals (IPSGS) In The Field of Respiriology. Indonesian Journal of Chest Critical and Emergency Medicine*, 68-71.
- Mukti. (2016). Analisis Faktor Faktor Yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas. *Public Health*, 1-5.
- Muninjaya. (2015). Hubungan Mutu pelayanan kesehatan. *Jurnal Keperawatan*, 1-7.
- Munthe, A. P. (2017). Indikator dari pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.
- Nursalam. (2017). Perbeaan tingkat Pasien BPJS dan pasien umum. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 1-9.
- Rachmawati, D. S., Martyastuti, N. E., Setiarini, T., Handayani, T., Yanti, Darma, N. P., et al. (2023). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.
- Toliaso, C. S. (2018). Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di puskesmas Bahu Kota Manado. *Jurnal Kesmas*, 1-10.
- Tombong, A. B. (2021). *Buku Ajar Keselamatan Pasien dalam Keperawatan*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.

- Vanchapo, A. R., & Magfiroh. (2022). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kepuasan Pasien*. Tulungagung: Tata Mutiara Hidup Indonesia.
- Yusfik, Y., & Achirman. (2022). Evaluasi Implementasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Berdasarkan Penilaian Akreditasi Versi 2012 Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Awal Bros Tanggerang Banten. *Journal Health and Science ; Gorontalo Journal Helath & Science Community*, 222-231.

BIODATA PENULIS



Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep lahir di Simabur, pada 08 Oktober 1974. Menyelesaikan pendidikan S1 Kep.+Ners di Fakultas Kedokteran Unand tahun 2003 dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Unand Tahun 2013. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Kemenkes Poltekkes Riau Jurusan Keperawatan

BAB 7

Peran IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) di Rumah Sakit

Janice Sepang,S.Kep,Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Healthcare Associated Infection (HAIs), sebelumnya dikenal dengan Infeksi Nosokomial merupakan issue global yang mendapat perhatian khusus dibidang kesehatan, khususnya di layanan Rumah Sakit dan jenis layanan kesehatan lainnya. Dampak dari *HAIs* ini terhadap meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas, bagi pasien dan keluarga, bahkan dapat berujung kepada tuntutan di pengadilan.

IPCN atau Perawat Pencegah dan Pengendali Infeksi merupakan tenaga Profesional dan Praktisi dalam pelaksanaan PPI di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya. Selama ini tanpa tenaga IPCN yang Profesional, maka tentunya PPI belum dapat berjalan sebagaimana mestinya. Tidak dapat di pungkiri bahwa saat ini IPCN merupakan penggerak yang penting dalam Penerapan Program PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi).

Harapan besar, dengan adanya tim penggerak dalam tim Pencegahan & Pengendalian Infeksi, IPCN akan memberikan kontribusi yang signifikan dalam meminimalkan angka morbiditas dan mortalitas di Rumah Sakit (Admin PERSI, 2023).

B. Konsep IPCN

1. Pengertian IPCN (*Infection Prevention Control Nurse*) adalah tenaga perawat praktisi/professional, yang bekerja khusus dibidang infeksi atau berhubungan dengan infeksi yang terkait dengan pemberian pelayanan kesehatan baik di

rumah sakit ataupun di lini pelayanan kesehatan lainnya (Costy Panjaitan, 2014).

2. Tujuan IPCN

Dengan masuknya IPCN dalam tim PPI (Pencegahan & Pengendalian Infeksi) di Rumah Sakit dan atau layanan kesehatan lainnya, IPCN mampu melaksanakan peran dan fungsinya, yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku dari Pengendalian Mutu melalui akreditasi dalam upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di lini Rumah Sakit. (Admin PERSI, 2023).

3. Pengetahuan yang harus dimiliki oleh IPCN :

- a. Praktek klinik
- b. Pencegahan & Pengendalian Infeksi
- c. Epidemiologi
- d. Statistic
- e. *Surveillance*
- f. Manajement Diklat
- g. Kepemimpinan
- h. Etika Profesi, Skill Komputer, & skill Bahasa Inggris.

4. Tugas Dan Tanggung Jawab IPCN

- a. Melakukan kunjungan kepada pasien yang beresiko di ruangan setiap hari untuk mengidentifikasi kejadian infeksi pada pasien di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- b. Memonitor pelaksanaan program PPI, kepatuhan penerapan SPO dan memberikan saran perbaikan bila diperlukan.
- c. Melaksanakan surveilans infeksi dan melaporkan kepada Komite/Tim PPI.
- d. Turut serta melakukan kegiatan mendeteksi dan investigasi KLB.
- e. Memantau petugas kesehatan yang terpapar bahan infeksius/tertusuk bahan tajam bekas pakai untuk mencegah penularan infeksi.
- f. Melakukan diseminasi prosedur kewaspadaan isolasi dan memberikan konsultasi tentang PPI yang

diperlukan pada kasus tertentu yang terjadi di fasilitas layanan kesehatan.

- g. Melakukan audit PPI di seluruh wilayah fasilitas yan-kes dengan menggunakan daftar tilik.
 - h. Memonitor pelaksanaan pedoman penggunaan Antibiotika bersama Komite/Tim PPRA.
 - i. Men-design, melaksanakan, memonitor, mengevaluasi dan melaporkan surveilans infeksi yang terjadi di fasilitas layanan kesehatan bersama Komite/Tim PPI.
 - j. Memberikan motivasi kepatuhan pelaksanaan program PPI.
 - k. Meningkatkan kesadaran pasien dan keluarga (pengunjung) RS tentang PPI.
 - l. Memprakarsai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pasien, keluarga dan pengunjung tentang topic infeksi yang sedang berkembang, atau infeksi dengan insiden yang tinggi.
 - m. Sebagai coordinator antar department/unit dalam mendeteksi, mencegah dan mengendalikan infeksi di Rumah Sakit.
 - n. Memonitoring dan evaluasi peralatan medis single use yang di re-use. (PMK No.27, 2017).
5. Karakteristik IPCN
- a. Berani pada kebenaran
 - b. Tegas, apa adanya ; jika "YA" katakan "YA" & jika "TIDAK", katakan "TIDAK"
 - c. Santun ; *Sorry, Please, Thank you.*
 - d. *Confident* (percaya diri)
 - e. *Helpful* (suka menolong)
 - f. *Approachable* (mudah ditemui)
 - g. *Innovative* (mencari hal baru)
 - h. *Neutral* (tidak memihak)
 - i. *Responsible* (bertanggung jawab)
 - j. *Mature* (dewasa), (Costy P, 2014).

6. Kompetensi Perawat IPCN

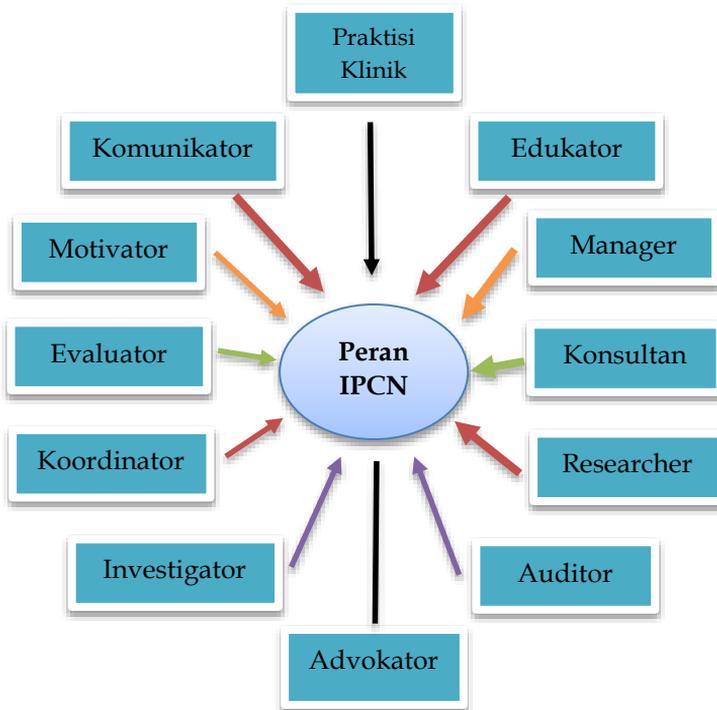
Tabel 1. Kompetensi Perawat IPCN

Perawat IPCN		
Kompetensi dalam peran Profesi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanggung jawab profesi ▪ Pengembangan Profesi ▪ Kepemimpinan ▪ Etika 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kualifikasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman Klinik 2. Pendidikan minimal Diploma Tiga Keperawatan 3. Pendidikan Dasar Pengendalian Infeksi Nosokomial
Kompetensi dalam klinik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengendalian & Pencegahan Infeksi ▪ Epidemiologi & Statistik ▪ <i>Surveillance</i> ▪ Konsultan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluasi ▪ Penelitian ▪ Audit ▪ Ekonomis

(Costy P, 2014).

7. Peran IPCN di Rumah Sakit

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak dalam hal ini semua tim petugas kesehatan di Rumah Sakit. Secara khusus dukungan dari seorang IPCN yang memiliki kompetensi yang selalu *up-date* ilmu pengetahuan di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas layanan kesehatan. Agar seorang IPCN dapat melaksanakan perannya di Rumah Sakit dengan tepat dan benar. Dibawah ini adalah peran dari seorang IPCN, dapat dilihat pada gambar 1 dibawah ini : (Costy P, 2014).



Gambar 1. Peran IPCN

DAFTAR PUSTAKA

- Admin PERSI (2023), *Pelatihan Infection Prevention and Control Nurse (IPCN)/ Infection Preventionist (IP) – Online*
<https://www.persi.or.id/pelatihan-infection-prevention-and-control-nurse-ipcn-infection-preventionist-ip-online/>
- Kemendes RI (2017), Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- Costy Panjaitan, (2014), Peran dan Fungsi IPCN,
https://persi.or.id/wpcontent/uploads/2018/04/peran_fungsi_ipcn.pdf

BIODATA PENULIS



Janice Sepang, lahir di Manado, pada 30 Januari 1971. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Keperawatan UNSRIT – Tomohon (SULUT) dan S2 Magister Keperawatan di STIK Sint Carolus – Jakarta. Sampai saat ini penulis aktif sebagai Dosen di Prodi Diploma Tiga Keperawatan STIKes Bala Keselamatan Palu.

BAB 8

Kewaspadaan Isolasi

Yusniar, SKM., M.K.M

A. Pendahuluan

1. Latar Belakang

Penerapan Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah Suatu Program Pengendalian infeksi yang efektif melibatkan semua departemen penyedia pelayanan untuk memaksimalkan hasil akhir/kepuasan pasien, dengan tujuan mengurangi infeksi pada pelayanan Kesehatan.

Mencegah atau membatasi penularan infeksi di sarana pelayanan kesehatan memerlukan penerapan prosedur dan protokol yang disebut sebagai "pengendalian". Secara hirarkis hal ini telah ditata sesuai dengan efektivitas pencegahan dan pengendalian infeksi (Infection Prevention and Control-IPC), yang meliputi: pengendalian bersifat administratif, pengendalian dan rekayasa lingkungan, dan alat pelindung diri (Slamet *et al*, 2013). Program yang termasuk pencegahan dan pengendalian infeksi yaitu, (1) Tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi; (2) Surveilans (HAIs dan Proses: audit kepatuhan petugas untuk cuci tangan dan memakai APD); (3) Penerapan kewaspadaan isolasi; (4) Pendidikan dan pelatihan PPI; (5) Penggunaan antimikroba rasional; (6) Kesehatan karyawan (Rosa, 2016).

Tujuan dari Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah untuk membantu mengurangi penyebaran infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan, dengan penilaian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi oleh National Infection Control Policies. Tujuan utamanya

adalah untuk mendukung promosi kualitas pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien, petugas kesehatan, dan orang lain dalam perawatan kesehatan dan lingkungan dengan cara yang hemat biaya (WHO, 2014).

2. Sejarah Perkembangan Kewaspadaan Isolasi

Pada perkembangan kewaspadaan isolasi yang merupakan bagian dari pencegahan dan pengendalian infeksi (Infection Prevention and Control-IPC terus menerus mengalami perkembangan yang ke arah yang lebih baik dalam upaya menurunkan resiko transmisi penyakit. Hal ini dapat diperhatikan dari periode-periode yang antara lain dapat di lihat dari tabel berikut di bawah ini:

Tabel 1. Sejarah Perkembangan Teknik dalam Kewaspadaan Isolasi

Tahun	Tehnik Isolasi	Perlakuan
1877	<i>Early Isolation Precaution</i>	Memisahkan pasien infeksi dan non infeksi
1890-1960	<i>Early Isolation Precaution</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pemisahan pasien sesuai jenis infeksi dan tindakan aseptik - Sistem kubikel, aseptik, cuci tangan, gaun, disinfeksi alat - RS infeksi ditutup kecuali RS TB - RS TB ditutup ps TB dirawat di RSU di Isolasi
1985 -1988	<i>Universal Precaution</i>	Epidemik HIV petugas kesehatan, waspada terhadap darah dan cairan tubuh (semen, vagina, peritonal, pericardial, sinovial, amniotic, cerebrospinal, bukan feces, urine, muntah, sputum, secret hidung keringat), tangani

		dengan menggunakan sarung tangan, gaun, masker, pelindung mata. Setelah melepas sarung tangan harus cuci tangan
1987	Body Substance Isolation (BSI) di Seattle, Washington, San Diego, California	Waspada terhadap darah, feses, urine sputum, saliva, wound drainage, cairan tubuh lainnya, permukaan tubuh yang basah dan lembab, gunakan sarung tangan, setelah melepas tidak perlu cuci
1990-1996	Isolation Precaution	<ul style="list-style-type: none"> - Kewaspadaan Standar ditujukan kepada semua pasien tanpa memandang apakah infeksi atau tidak, waspada terhadap darah dan cairan tubuh, sekresi, ekskresi, kecuali keringat, gunakan APD jika tindakan memungkinkan terkena darah atau cairan, sekresi, ekskresi - Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi Airborne, droplet, kontak, ditujukan pada pasien yang sudah terinfeksi atau di duga infeksi - Kewaspadaan Standar meliputi Kebersihan tangan, Penggunaan APD, Peralatan perawatan

		pasien, Pengendalian lingkungan , Penanganan limbah, Penempatan pasien, Penanganan linen, Kesehatan karyawan
2007	Isolation Precaution	Kewaspadaan Standar ditambah : <ul style="list-style-type: none"> - Etika batuk/Kebersihan pernapasan - Penyuntikan yang aman - Praktek lumbal punksi - Hospital Acquired Infection (HAI) menjadi Healthcare Associated Infections (HAIs) - Cuci tangan menjadi kebersihan Indonesia (HIPPII)- Pusat

B. Konsep Kewaspadaan Isolasi

1. Pengertian Kewaspadaan Isolasi

Kewaspadaan isolasi adalah tindakan pencegahan atau pengendalian infeksi yang disusun oleh Center for Disease Control (CDC) dan harus diterapkan di rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya. Kewaspadaan isolasi diterapkan untuk menurunkan resiko transmisi penyakit dari pasien ke pasien lain atau ke pekerja medis. Kewaspadaan isolasi memiliki 2 pilar atau tingkatan, yaitu Kewaspadaan Standar (Standard/Universal Precautions) dan Kewaspadaan berdasarkan cara penularan/Transmisi (Transmission based Precautions) (Akib, et all, 2008).

2. Tujuan kewaspadaan Isolasi

Kewaspadaan isolasi diterapkan untuk memutus mata rantai infeksi atau mengurangi risiko infeksi penyakit menular pada petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui.

Kewaspadaan Isolasi merupakan salah satu dari 5 (lima) tujuan sasaran dari Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (PPI), antara lain penggunaan antimikroba rasional, pencegahan infeksi, Pendidikan dan pelatihan, surveilans (Darmadi, 2008).

Kewaspadaan Isolasi terbagi menjadi 2 (dua) bagian menurut sarasannya:

a. Kewaspadaan Standar (*Standard/Universal Precautions*)

Kewaspadaan standar adalah kewaspadaan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rutin dan harus diterapkan terhadap semua pasien di semua fasilitas kesehatan. Kewaspadaan Universal yaitu tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi resiko penyebaran infeksi dan didasarkan pada prinsip bahwa darah dan cairan tubuh dapat berpotensi menularkan penyakit, baik berasal dari pasien maupun petugas kesehatan (Nursalam, 2007). Tindakan dalam kewaspadaan standar meliputi:

- 1) Kebersihan tangan.
- 2) APD : sarung tangan, masker, goggle, face shield , gaun.
- 3) Peralatan perawatan pasien.
- 4) Pengendalian lingkungan.
- 5) Penatalaksanaan Linen.
- 6) Pengelolaan limbah tajam/ Perlindungan & Kesehatan karyawan.
- 7) Penempatan pasien
- 8) Hygiene respirasi/Etika batuk
- 9) Praktek menyuntik aman
- 10) Praktek pencegahan infeksi untuk prosedur lumbal pungsi

- b. Kewaspadaan berdasarkan transmisi (*Transmission Based Precautions*).

Kewaspadaan berdasarkan transmisi merupakan tambahan untuk kewaspadaan standar, yaitu tindakan pencegahan atau pengendalian infeksi yang dilakukan setelah jenis infeksinya sudah terdiagnosa atau diketahui (Akib, *et al* 2008). Tujuannya untuk memutus mata rantai penularan mikroba penyebab infeksi, jadi kewaspadaan ini diterapkan pada pasien yang memang sudah terinfeksi kuman tertentu yang bisa ditransmisikan lewat udara, droplet, kontak kulit atau lain-lain (Muchtar, 2014). Berdasarkan IPC tahun 2008, jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi:

- 1) Kewaspadaan transmisi kontak

Transmisi kontak merupakan cara transmisi yang terpenting dan tersering menimbulkan *Healthcare Associated Infections* (HAIs). Kewaspadaan transmisi kontak ini ditujukan untuk menurunkan resiko transmisi mikroba yang secara epidemiologi ditransmisikan melalui kontak langsung atau tidak langsung.

- a) Kontak langsung

Meliputi kontak permukaan kulit terluka/abrasi orang yang rentan/petugas dengan kulit pasien terinfeksi atau kolonisasi. Misal perawat membalikkan tubuh pasien, memandikan, membantu pasien bergerak, dokter bedah dengan luka basah saat mengganti verband, petugas tanpa sarung tangan merawat oral pasien dengan *Virus Herpes Simplex* (HSV) atau *scabies*.

- b) Transmisi kontak tidak langsung

Meliputi kontak antara orang yang rentan dengan benda yang terkontaminasi mikroba infeksius di lingkungan, instrumen yang terkontaminasi, jarum, kasa, tangan terkontaminasi dan belum dicuci atau sarung tangan yang tidak diganti saat menolong pasien satu dengan yang lainnya, dan melalui

mainan anak serta kontak dengan cairan sekresi pasien terinfeksi yang ditransmisikan melalui tangan petugas atau benda mati dilingkungan pasien.

Petugas harus menahan diri untuk menyentuh mata, hidung, mulut saat masih memakai sarung tangan terkontaminasi ataupun tanpa sarung tangan. Petugas harus menghindari mengkontaminasi permukaan lingkungan yang tidak berhubungan dengan perawatan pasien misal: pegangan pintu, tombol lampu, telepon.

2) Kewaspadaan transmisi droplet

Diterapkan sebagai tambahan Kewaspadaan Standar terhadap pasien dengan infeksi diketahui mengidap mikroba yang dapat ditransmisikan melalui droplet ($> 5\mu\text{m}$). Droplet yang besar terlalu berat untuk melayang di udara dan akan jatuh dalam jarak 1 m dari sumber. Transmisi droplet melibatkan kontak konjungtiva atau mucus membrane hidung/mulut, orang rentan dengan droplet partikel besar mengandung mikroba berasal dari pasien pengidap atau carrier dikeluarkan saat batuk, bersin, muntah, bicara, selama prosedur suction, bronkhoskopi.

Transmisi droplet langsung, dimana droplet mencapai mucus membrane atau terinhalasi. Transmisi droplet ke kontak, yaitu droplet mengkontaminasi permukaan tangan dan ditransmisikan ke sisi lain misal: mukosa membrane. Transmisi jenis ini lebih sering terjadi daripada transmisi droplet langsung, misal: commoncold, respiratory syncytial virus (RSV). Transmisi ini dapat terjadi saat pasien terinfeksi batuk, bersin, bicara, intubasi endotrakheal, batuk akibat induksi fisioterapi dada, resusitasi kardiopulmoner.

c. Kewaspadaan transmisi melalui udara (*Airborne Precautions*)

Kewaspadaan transmisi melalui udara diterapkan sebagai tambahan kewaspadaan standar terhadap pasien yang diduga atau telah diketahui terinfeksi mikroba yang secara epidemiologi penting dan ditransmisikan melalui jalur udara. Seperti transmisi partikel terinhalasi (*varicella zoster*) langsung melalui udara. Kewaspadaan transmisi melalui udara ditunjukkan untuk menurunkan resiko transmisi udara mikroba penyebab infeksi baik yang ditransmisikan berupa droplet nuklei (sisa partikel kecil < 5µm evaporasi dari droplet yang bertahan lama di udara) atau partikel debu yang mengandung mikroba penyebab infeksi. Mikroba tersebut akan terbawa aliran udara > 2m dari sumber, dapat terinhalasi oleh individu rentan di ruang yang sama dan jauh dari pasien sumber mikroba, tergantung pada faktor lingkungan, misal penanganan udara dan ventilasi yang penting dalam pencegahan transmisi melalui udara, droplet nuklei atau sisik kulit luka terkontaminasi bakteri *S. aureus*.

Tabel 2. *Airborne Precautions (APIC, 2015)*

No	Komponen	Kontak	Droplet	Udara/ <i>Airbone</i>
1	Penempatan Pasien	Tempatkan di ruang rawat terpisah, bila tidak mungkin kohorting, bila keduanya tidak mungkin maka pertimbangkan	Tempatkan pasien di ruang terpisah, bila tidak mungkin kohorting. Bila tidak mungkin, buat pemisah dengan jarak > 1 meter antar TT dan jarak dengan pengunjung.	Tempat pasien diruang terpisah yang mempunyai: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan negative 2. Pertukaran udara 6-12x/jam 3. Pengeluaran udara terpiltrasi sebelum

		<p>epidemiologi mikrobanya dan populasi pasien. Bicarakan dengan petugas PPI. Tempatkan dengan jarak > 1 meter 3 kaki antar TT, jaga agar tidak ada kontaminasi silang ke lingkungan dan pasien lain.</p>	<p>Perhatikan pintu terbuka tidak perlu penanganan khusus terhadap udara dan ventilasi (kategori IB)</p>	<p>udara mengalir keruang atau tempat lain di RS. Usahakan pintu ruang pasien tertutup. Bila ruang terpisah tidak memungkinkan, tempatkan pasien dengan pasien lain yang mengidap mokroba yang sama, jangan dicampur dengan infeksi lain (kohorting) dengan jarak >1 meter Konsultasikan dengn petugas PPI RS sebelum menempatkan pasien bila tidak ada ruang isolasi dan kohorting tidak memungkinkan (kategori IB)</p>
2	Transport Pasien	Batasi gerak, transport	Batasi gerak, dan transport untuk batasi	Batasi gerak, dan transport pasien hanya

		<p>pasien hanya kalau perlu saja. Bila diperlukan pasien keluar ruangan perlu kewaspadaan agar risiko transmisi ke pasien lain atau lingkungan</p>	<p>droplet dari pasien dengan mengenakan masker pada pasien, dan menerapkan hygiene respirasi dan etika batuk</p>	<p>kalau dipelukan saja. Bila perlu untuk pemeriksaan pasien dapat diberi masker bedah untuk cegah menyebarnya droplet nuclei (kategori IB)</p>
3	APD (Alat Pelindung Diri)	<p>Sarung tangan dan cuci tangan : Memakai sarung tangan bersi non steril, lateks saat masuk ke ruang pasien, ganti sarung tangan setelah kontak dengan bahan infeksius (fe ses, cairan drain), Lepaskan sarung tangan sebelum</p>	<p>Masker: Pakailah bila bekerja dalam radius 1 m terhadap pasien (Kategori IB), saat kontak erat. Masker seyogyanya melindungi hidung dan mulut, dipakai saat memasuki ruang rawat pasien dengan infeksi saluran nafas</p>	<p>Perlindungan saluran napas: Kenakan masker respirator (N95/kategori N pada efisiensi 95%) saat masuk ruang pasien atau suspek TB paru. Orang yang rentan sebaiknya tidak boleh masuk ruang pasien yang diketahui atau suspek campak, cacar air kecuali petugas yang telah imun. bila terpaksa harus masuk maka harus mengenakan masker respirator untuk pencegahan.</p>

	<p>keluar dari kamar pasien dan cuci tangan dengan antiseptic (katagori IB)</p> <p>Gaun:</p> <p>Pakai gaun bersih, tidak steril saat masuk ruang pasien untuk melindungi baju dari kontak dengan pasien, permukaan lingkungan, barang diruang pasien, cairan diare pasien, ileostomy, colostomy, luka terbuka. Lepaskan gaun sebelum keluar ruangan. jaga gar tidak ada kontaminasi silang ke</p>	<p>Orang yang telah pernah sakit campak atau cacar air tidak perlu memakai masker (kategori IB)</p> <p>Masker bedah/prosedur, sarung tangan, gaun, google bila melakukan tindakan dengan</p> <p>kemungkinan timbul aerosol</p>
--	--	--

		<p>lingkungan dan pasien lain.</p> <p>Apron:</p> <p>Bila gaun permeable, untuk mengurangi penetrasi cairan, tidak dipakai sendiri</p>		
4	Peralatan untuk perawatan pasien	<p>Bila memungkinkan peralatan non kritis dipakai untuk 1 pasien atau pasien dengan infeksi mikroba yang sama. Bersihkan dan desinfeksi sebelum dipakai untuk pasien lain (kategori IB) MDRO, MRS A, VRSA, VISA, VRE, MDRSV (strep pneumonia) Virus herpes simplex,</p>	<p>Tidak perlu penanganan udara secara khusus karena mikroba tidak bergerak jarak jauh.</p> <p>B. pertusis, SARS, RSV influenza, adenovirus, Rhinovirus, streptococ grup A, Mycoplasma pneumoniae</p>	<p>Transmisi pada TB Sesuai pedoman TB CDC</p> <p>MTB (obligat airborne) Campak, cacar air (kombinasi transmisi) NOrovirus (partikel feses, vomitus), rotavirus melalui partikel kecil aerosol.</p>

		SARS, RSV(indirek melalui mainan) MDRO, VRE, C.difficile, P. aeruginosa, influenza, Norovirus, (juga Makanan dan roti)		
--	--	---	--	--

DAFTAR PUSTAKA

- Akib, K.M., Lebang, Y., Samudra, E., et al. (2008). Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. Diakses pada 1 Februari 2024, dari:
<https://www.k4health.org/sites/default/files/IPC%20Tecnical%20Guideline%202008%20small.pdf>.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. (2015). Standard Precautions Compliance Data Collection Form. Diakses pada 5 Februari 2024, dari http://apic.org/Resource/TinyMceFileManager/Academy/ASC101_resources/Assessment_Checklist/Standard_PrecautionsCompliance_Assessment_Tool.doc.
- Darmadi. (2008). Infeksi nosokomial: Problematika dan Pengendaliannya. Jakarta: Salemba Medika. Diakses pada 10 Februari 2024, dari: <http://books.google.co.id/books?id=BdkOHaf5RIC&printsec=frontcoverhl=id#v=onepage&q&f=false>
- Muchtar, A. (2014). Kewaspadaan Isolasi. Diakses pada tanggal 5 Februari 2024, dari: <http://dr.klinikbtp.com/kewaspadaan-isolasi/>
- Nursalam. (2007). Manajemen Keperawatan dan Aplikasinya. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rosa, E.M. (2016). Infection control risk assesment dan strategi penurunan infeksi daerah operasi di rumah sakit. Yogyakarta : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta;2016.
- Slamet et al, (2013). Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Kasus Konfirmasi Atau Probabel Infeksi Virus Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (Mers-Cov). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses pada 7 Februari 2024, dari: <http://www.depkes.go.id/resources/download/puskes-haji/5-pedoman-pencegahan-dan-pengendalian-infeksi-mers-cov>.

World Health Organization. (2014). Infection Prevention and Control in Health Care. Diakses pada 7 Februari 2024, dari: <http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infectioncontrol/en/>.

BIODATA PENULIS



Yusniar, SKM., M.K.M lahir di Sibolga, pada 14 September 1978. Menyelesaikan Pendidikan DIII di Jurusan Keperawatan Universitas Sumatera Utara Tahun 2000. S1 Prodi Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Winda Nauli Husada Sibolga Tahun 2013 dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara Tahun 2018. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan Prodi Tapanuli Tengah.

BAB 9

Surveilans Infeksi pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Eko Sari Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Surveilans adalah suatu proses yang melibatkan pengumpulan, pengolahan, analisis, dan interpretasi data secara sistematis dan berkelanjutan. Tujuan surveilans adalah untuk memantau kondisi atau kejadian tertentu dalam populasi atau lingkungan tertentu. Informasi yang dikumpulkan dari surveilans digunakan untuk mengambil tindakan yang sesuai untuk mencegah atau mengendalikan masalah yang sedang dipantau (Refnandes & Ridho, 2023).

Surveilans infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*) merupakan bagian penting dari surveilans kesehatan. Pada fasilitas pelayanan kesehatan, surveilans infeksi melibatkan pengumpulan data tentang kejadian infeksi, analisis pola dan tren, identifikasi faktor risiko, dan penyebaran informasi kepada pihak yang berwenang atau unit yang membutuhkan untuk mengambil tindakan pencegahan atau pengendalian lebih lanjut. Data yang diperoleh kemudian dianalisis dan digunakan untuk menginformasikan praktik-praktik perawatan yang lebih baik serta intervensi pencegahan yang sesuai guna mengurangi risiko infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan (Maghfira, 2023).

B. Konsep Surveillance Infeksi Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Infeksi Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan merujuk kepada infeksi yang terjadi di dalam lingkungan rumah sakit, klinik, atau fasilitas kesehatan lainnya. Infeksi ini

dikenal dengan infeksi nosocomial, namun pada saat ini dikenal dengan *Healthcare-Associated Infections* (HAIs). HAIs tidak ada saat pasien pertama kali masuk ke fasilitas tersebut, dan tidak dalam masa inkubasi saat itu. HAIs juga mencakup infeksi yang mungkin timbul setelah pasien meninggalkan rumah sakit, serta infeksi yang dialami oleh petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan yang terkait dengan proses pelayanan kesehatan di fasilitas tersebut (Rosyida et al., 2021).

HAIs merupakan masalah serius dalam bidang kesehatan, karena dapat menyebabkan komplikasi yang parah, memperpanjang waktu perawatan, meningkatkan biaya perawatan, dan meningkatkan risiko kematian. Oleh karena itu, pencegahan dan pengendalian HAIs sangat penting dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan kesehatan secara keseluruhan. Ini melibatkan praktik kebersihan yang baik, penggunaan peralatan medis yang steril, pemantauan infeksi, penggunaan antibiotik yang bijaksana, serta pelatihan dan kesadaran staf medis tentang tindakan pencegahan yang diperlukan (Kaslam et al., 2021). Beberapa contoh dari HAIs meliputi:

- a. Infeksi luka operasi, yaitu infeksi yang terjadi setelah prosedur bedah.
- b. Pneumonia terkait ventilator, yaitu infeksi paru-paru yang terjadi pada pasien yang menggunakan ventilator (alat bantu pernapasan) di rumah sakit.
- c. Infeksi saluran kemih terkait kateter, yaitu infeksi yang terjadi karena penggunaan kateter di saluran kemih.
- d. Bakteremia terkait kateter, merupakan infeksi darah yang terjadi akibat penggunaan kateter.
- e. Sepsis, yaitu infeksi yang menyebar ke seluruh tubuh dan menyebabkan respons sistemik yang merusak, dapat menjadi sangat berbahaya bahkan fatal.

2. Tujuan Surveilans

Surveilans infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*) merupakan bagian penting dari surveilans kesehatan (Ana & Hariyati, 2021). Surveilans infeksi ini bertujuan untuk:

- a. Memantau dan melacak kejadian infeksi terkait perawatan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Menganalisis pola dan tren infeksi untuk mengidentifikasi area-area di mana risiko infeksi lebih tinggi
- c. Mengidentifikasi faktor-faktor risiko dan praktik-praktik perawatan yang mungkin berkontribusi terhadap terjadinya infeksi.
- d. Menyediakan informasi yang diperlukan untuk mengembangkan dan melaksanakan strategi pencegahan yang efektif.
- e. Memberikan umpan balik kepada staf medis dan manajemen fasilitas kesehatan untuk meningkatkan praktik perawatan dan mengurangi risiko infeksi
- f. Memungkinkan perbandingan dengan standar nasional atau internasional untuk kinerja pencegahan dan pengendalian infeksi.

3. Metode Surveilans

Ada beberapa metode surveilans yang umum digunakan di fasilitas pelayanan kesehatan untuk memantau dan mengendalikan infeksi. Pemilihan metode surveilans tergantung pada karakteristik populasi, sumber daya yang tersedia, dan tujuan surveilans di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Kombinasi beberapa metode surveilans juga sering digunakan untuk mendapatkan gambaran yang lebih lengkap tentang kejadian infeksi (Purba et al., 2021). Beberapa di antaranya meliputi:

a. Surveilans pasif

Pada metode ini melibatkan pengumpulan data yang dilakukan secara spontan oleh personel kesehatan atau fasilitas pelayanan kesehatan. Data

dikumpulkan tanpa upaya khusus untuk mencari kasus infeksi. Contoh dari surveilans pasif yaitu pencatatan infeksi yang terdeteksi dalam catatan medis pasien atau laporan sukarela dari staf medis.

b. Surveilans aktif

Metode surveilans ini melibatkan upaya sistematis untuk mendeteksi kasus infeksi dengan melakukan pencarian aktif diantara pasien. Ini mungkin melibatkan pemeriksaan rutin pasien, pengambilan sampel laboratorium secara berkala, atau pemeriksaan gejala infeksi secara aktif oleh staf medis.

c. Surveilans laboratorium

Pada metode ini melibatkan pengumpulan data melalui pengujian sampel laboratorium, seperti darah, cairan tubuh, atau kultur jaringan, untuk mendeteksi keberadaan patogen penyebab infeksi. Metode ini digunakan untuk mendeteksi infeksi yang mungkin tidak terdeteksi secara klinis atau untuk mengkonfirmasi diagnosis infeksi.

d. Surveilans elektronik

Metode surveilans ini menggunakan sistem informasi kesehatan elektronik untuk mengumpulkan, mengelola, dan menganalisis data infeksi secara otomatis. Hal ini dapat melibatkan penggunaan perangkat lunak khusus atau algoritma untuk memantau pola dan tren infeksi berdasarkan data yang tersedia dalam rekam medis elektronik.

e. Surveilans sentinel

Pada metode ini melibatkan pemantauan infeksi di fasilitas-fasilitas kesehatan yang dipilih secara representatif. Data yang dikumpulkan dari fasilitas-fasilitas ini kemudian digunakan untuk membuat perkiraan tentang tingkat infeksi di populasi yang lebih luas.

f. Surveilans peningkatan kasus

Metode ini melibatkan pelaporan dan penyelidikan secara cepat tentang peningkatan jumlah kasus infeksi tertentu di fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi sumber infeksi dan mengambil tindakan pencegahan yang sesuai untuk mengendalikan penyebarannya.

4. Langkah-langkah Surveilans Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Langkah-langkah ini membentuk siklus surveilans yang terus-menerus, di mana data dikumpulkan, dianalisis, dan tindakan diambil untuk meningkatkan kualitas perawatan dan keamanan pasien (Purba et al., 2021). Langkah-langkah dalam surveilans infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dapat mencakup beberapa tahapan sebagai berikut:

a. Perencanaan

Langkah awal dalam surveilans adalah merencanakan strategi yang akan digunakan, meliputi identifikasi tujuan surveilans, sumber daya yang tersedia, populasi yang akan dimonitor, serta metode yang akan digunakan untuk pengumpulan, pengolahan, dan analisis data.

b. Pengumpulan data

Data tentang kejadian infeksi, termasuk jenis infeksi, lokasi, pasien yang terpengaruh, dan faktor risiko lainnya, dikumpulkan dari berbagai sumber, seperti catatan medis pasien, laporan laboratorium, atau surveilans aktif oleh staf medis.

c. Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan kemudian diolah dan dimasukkan ke dalam format yang sesuai untuk analisis lebih lanjut. Ini mungkin melibatkan penggunaan perangkat lunak khusus atau sistem informasi kesehatan untuk mengelola data secara efisien.

- d. Analisis Data
Data yang telah dikumpulkan dan diolah kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi pola, tren, dan faktor risiko yang terkait dengan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan. Analisis ini dapat melibatkan penggunaan statistik deskriptif dan inferensial untuk mengevaluasi signifikansi hasil.
- e. Interpretasi Data
Hasil analisis data dievaluasi untuk memahami implikasi klinis dan epidemiologisnya. Ini melibatkan interpretasi temuan surveilans dan pembuatan kesimpulan tentang faktor-faktor yang mungkin berkontribusi terhadap kejadian infeksi.
- f. Pelaporan
Temuan surveilans kemudian dilaporkan kepada pihak yang berwenang, seperti manajemen fasilitas kesehatan atau departemen kesehatan setempat. Pelaporan ini dapat berupa laporan tertulis, presentasi, atau pertemuan untuk mendiskusikan hasil surveilans.
- g. Tindak lanjut
Berdasarkan temuan surveilans, tindakan pencegahan atau pengendalian yang sesuai dapat diambil. Ini mungkin melibatkan implementasi perubahan dalam praktik perawatan, pelatihan staf medis, atau perbaikan infrastruktur fasilitas kesehatan untuk mengurangi risiko infeksi.
- h. Evaluasi
Evaluasi dilakukan untuk mengevaluasi efektivitas tindakan yang diambil dalam menanggapi temuan surveilans. Hal ini dapat melibatkan pemantauan kejadian infeksi secara berkala untuk menilai dampak intervensi yang dilakukan.
- i. Revisi dan perbaikan
Berdasarkan hasil evaluasi, strategi surveilans dan tindakan pencegahan dapat direvisi dan diperbaiki sesuai kebutuhan untuk meningkatkan efektivitasnya dalam mengendalikan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan.

5. Evaluasi surveilans infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan

Dalam surveilans infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan, ada beberapa hal yang dievaluasi meliputi:

- a. Kejadian infeksi
Evaluasi dilakukan untuk memantau jumlah dan jenis infeksi yang terjadi di fasilitas kesehatan. Hal ini mencakup evaluasi kejadian infeksi nosokomial (HAIs) dan infeksi terkait perawatan kesehatan lainnya.
- b. Tren dan pola
Dilakukan evaluasi untuk mengidentifikasi tren dan pola dalam kejadian infeksi. Hal ini melibatkan peninjauan data sepanjang waktu untuk menentukan apakah ada peningkatan atau penurunan dalam kejadian infeksi tertentu.
- c. Faktor risiko
Evaluasi dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang mungkin berkontribusi terhadap kejadian infeksi. Ini bisa mencakup evaluasi praktik perawatan, penggunaan antimikroba, kondisi lingkungan, dan karakteristik populasi pasien.
- d. Kepatuhan terhadap praktik pencegahan
Evaluasi dilakukan untuk mengevaluasi tingkat kepatuhan staf medis dan tenaga kesehatan terhadap praktik-praktik pencegahan infeksi, seperti kebersihan tangan, sterilisasi peralatan, dan penggunaan alat pelindung diri.
- e. Efektivitas intervensi
Jika tindakan pencegahan atau pengendalian telah diimplementasikan sebagai respons terhadap temuan surveilans, evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas intervensi tersebut dalam mengurangi risiko infeksi.
- f. Kualitas data
Evaluasi dilakukan untuk memastikan kualitas data yang dikumpulkan dalam surveilans, termasuk akurasi diagnosa, kelengkapan pencatatan, dan kecukupan informasi untuk analisis.

- g. Kinerja program surveilans
Evaluasi dilakukan untuk mengevaluasi kinerja program surveilans secara keseluruhan, termasuk waktu respons terhadap kejadian infeksi, efektivitas pelaporan dan komunikasi hasil, serta kemampuan program untuk memberikan umpan balik dan tindak lanjut yang tepat.
- h. Outcome dan tingkat kematian
Jumlah dan outcome dari infeksi juga menjadi bagian penting yang dievaluasi. Ini melibatkan evaluasi tingkat kesembuhan, tingkat komplikasi, dan tingkat kematian yang terkait dengan infeksi (Kusnan et al., 2022).

Dengan melakukan evaluasi ini secara teratur, fasilitas pelayanan kesehatan dapat mengidentifikasi area-area di mana perbaikan diperlukan dan mengambil tindakan yang sesuai untuk meningkatkan pengendalian infeksi dan keselamatan pasien secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ana, K., & Hariyati, R. T. S. (2021). Implementasi Surveillans Healthcare Associated Infection (Hais) Berbasis Elektronik Di Rumah Sakit. *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 1(5), 1065–1080.
- Kaslam, P., Widodo, D., Satari, H. I., & Kurniawan, L. (2021). *Buku Pedoman Pencegahan Pengendalian Infeksi*. Universitas Indonesia Publishing.
- Kusnan, A., Rahmawati, Hafizah, I., Haryati, Susanty, S., Mujur Mujur, Fitriani Fitriani, Waode Syahrani Hajri, Sunarty Sunarty, Kinik Darsono, La Rangki, Arfiyan Sukmadi, & Saida Saida. (2022). *Pengantar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)* (Mubarak Mubarak, Ed.). Eureka Media Aksara.
- Maghfira, A. A. (2023). *Evaluasi capaian tim pencegahan dan pengendalian infeksi (ppi) yang terlatih di rumah sakit wiyung sejahtera surabaya*.
- Purba, D. H., Simamora, J. P., Syafruddin, A., Mubarak, M., Sinaga, L. R. V., Purba, I. G., & Kushargina, R. (2021). *Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)*. Yayasan Kita Menulis.
- Refnandes, R., & Ridho, R. (2023). *Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)*. Eureka Media Aksara.
- Rosyida, A., Yamani, L. N., & Mudjiyanto, D. (2021). Evaluasi pelaksanaan sistem surveilans healthcare acquired infections (hais) di rsu haji surabaya tahun 2020. *Visikes: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 20(2).

BIODATA PENULIS



Eko Sari Wahyuni, S.Kep., Ners., M.Kep lahir di Nganjuk, pada 1 Oktober 1986. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Brawijaya. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang.

A. Pendahuluan

Kelalaian rumah sakit terutama petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien dapat mengakibatkan dampak yang negatif pada pasien. Dampak tersebut mulai dari cedera, cacat fisik, cacat permanen, bahkan sampai kematian. Kesalahan atau kelalaian yang terjadi dapat disebabkan oleh kesalahan manusia, kesalahan prosedur, salah diagnosa, dan juga salah dalam memberikan obat. KKP-RS (Kesehatan Keselamatan Pasien Rumah Sakit) mendefinisikan kesalahan medis sebagai kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien.

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindaklanjutnya 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.

B. Konsep medical error

1. Pengertian

Medication error adalah suatu kejadian yang dapat merugikan bahkan membahayakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh petugas kesehatan khususnya dalam hal pelayanan pengobatan pasien. *Medication error* adalah

suatu kegagalan dalam proses pengobatan yang memiliki potensi membahayakan pada pasien dalam proses pengobatan ataupun perawatannya. Kesalahan pengobatan ini dapat menyebabkan efek yang merugikan serta berpotensi menimbulkan risiko fatal dari suatu penyakit. Berdasarkan Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien (Kongres Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia September 2007).

2. Jenis-Jenis *Medication Error*

Jenis *Medication Error* menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit

No	Tipe Medication Error	Keterangan
1	<i>Unauthorized drug</i> (kesalahan pemberian obat diluar kuasa)	Obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang.
2	<i>Improper dose/quantity</i> (kesalahan karena dosis yang tidak tepat)	Obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang.
3	<i>Wrong dose preparation method</i>	Penyiapan/ formulasi atau pencampuran obat yang tidak sesuai
4	<i>Wrong dose form</i> (kesalahan dari dosis yang salah)	Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan di dalam resep.
5	<i>Wrong patient</i> (salah pasien)	Obat yang diserahkan atau diberikan kepada pasien yang salah, keliru yang tidak sesuai dengan tertera di resep

6	<i>Omission Error</i> (kesalahan karena kurang stok obat)	Gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisyaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan.
7	<i>Extra dose</i> (pemberian obat melebihi yang ditetapkan dokter)	Memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda.
8	<i>Prescribing error</i> (kesalahan dalam persepan)	Obat yang diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten.
9	<i>Wrong administration technique</i>	Menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk misalnya menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalkan obat im diberikan iv).
10	<i>Wrong time</i> (salah waktu pemberian)	Obat yang di berikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau diluar jadwal yang ditetapkan

3. Penyebab Medication Error

Menurut Kepmenkes (2004) faktor-faktor lain yang berkontribusi pada *medication error* antara lain :

a. Komunikasi (mis-komunikasi, kegagalan dalam berkomunikasi)

Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan sumber utama terjadinya kesalahan. Institusi pelayanan kesehatan harus menghilangkan hambatan komunikasi antar petugas kesehatan dan membuat SOP bagaimana resep/ permintaan obat dan informasi obat lainnya dikomunikasikan. Komunikasi baik antar apoteker maupun dengan petugas kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan jelas untuk menghindari

penafsiran ganda atau ketidak lengkapan informasi dengan berbicara perlahan dan jelas. Perlu dibuat daftar singkatan dan penulisan dosis yang berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.

b. Kondisi lingkungan

Menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, area dispensing harus didesain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan pencahayaan yang cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu, area kerja harus bersih dan teratur untuk mencegah terjadinya kesalahan.

c. Gangguan/ interupsi pada saat bekerja

Gangguan/ interupsi harus seminimum mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.

d. Beban kerja

Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup penting untuk mengurangi stres dan beban kerja berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan

e. Edukasi staf

Meskipun edukasi staf merupakan cara yang tidak cukup kuat dalam menurunkan insiden/kesalahan, tetapi mereka dapat memainkan peran penting ketika dilibatkan dalam sistem menurunkan insiden/kesalahan (Muchid, 2006).

Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien yang terdiri dari:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC), adalah terjadinya insiden namun belum sampai terpapar secara langsung ke pasien

- c. Kejadian Tidak Cidera (KTC), merupakan suatu insiden yang sudah terpapar kepada pasien namun tidak menimbulkan cidera
 - d. Kejadian Potensial Cidera (KPC), adalah suatu kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cidera, tetapi belum terjadi insiden, sedangkan kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cidera yang serius pada pasien (Kepmenkes RI, 2011).
4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Medical Error
- a. Organisasi dan manajemen :
 - 1) Sumber dan keterbatasan keuangan.
 - 2) Struktur organisasi.
 - 3) Standar dan tujuan kebijakan.
 - 4) *Safety culture*
 - b. Lingkungan pekerjaan :
 - 1) Kualifikasi staf dan tingkat keahlian.
 - 2) Beban kerja dan pola shift.
 - 3) Desain, ketersediaan dan pemeliharaan alat kesehatan.
 - 4) Dukungan administratif dan manajerial
 - c. Tim kerja (unit kerja):
 - 1) Komunikasi verbal.
 - 2) Komunikasi tertulis.
 - 3) Supervisi dan pemanduan.
 - 4) Struktur tim
 - d. Individu (petugas medis) :
 - 1) Kemampuan dan keterampilan.
 - 2) Motivasi.
 - 3) Kesehatan mental dan fisik
 - e. Penugasan :
 - 1) Desain penugasan dan kejelasan struktur penugasan.
 - 2) Ketersediaan dan pemanfaatan prosedur yang ada.
 - 3) Ketersediaan dan akurasi hasil tes.

- f. Karakteristik pasien :
- 1) Kondisi (keparahan dan kegawatan).
 - 2) Bahasa dan komunikasi.
 - 3) Faktor sosial dan personal
5. Tahap-Tahap *Medication Error*

Tahap *Prescribing* adalah *Prescribing error* adalah obat diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten; (Cohen, 2007).

Tahap kesalahan yang terjadi karena tidak ada nama dokter penulis resep, SIP dokter, status dokter, tidak ada berat badan pasien, tinggi badan serta usia pasien, tidak ada bentuk sediaan, tidak ada paraf dokter, tidak ada nomor kamar pasien, tidak ada jenis kelamin pasien, tidak ada nomor RM pasien, tidak ada satuan dosis, tidak ada rute, tidak ada dosis sediaan, tidak ada aturan pakai obat, tidak ada jumlah pemberian, tidak ada tanggal permintaan resep, nama obat tidak jelas/ berupa singkatan, resep tidak terbaca dengan jelas.

Tahap *Transcribing* adalah tahap kesalahan yang terjadi dalam membaca dan menerjemahkan resep, antara lain terjadi karena tidak jelas nama pasien, tidak ada nomor rekam medik, tidak ada usia pasien, tidak ada nama obat, tidak ada konsentrasi atau dosis sediaan, tidak ada dosis pemberian obat, tidak ada durasi pemberian, tidak ada rute pemberian, tidak lengkap atau tidak ada bentuk sediaan, tidak ada tanggal permintaan resep, tidak lengkap menulis etiket, tidak ada Status pasien.

Tahap *Dispensing* adalah *Dispensing error* meliputi *content error* yaitu kesalahan membaca resep, obat tidak tepat, jumlah obat tidak tepat, dan kesalahan bentuk sediaan obat; *labeling error* yaitu kesalahan penulisan aturan pakai. *Administration error* meliputi kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan teknik pemberian obat, dan obat tertukar pada pasien yang namanya sama *right drug for wrong patient* (Handayani, 2017), *dispensing error*

terkait dengan kesalahan dalam mendistribusikan obat untuk unit keperawatan atau mendistribusikan resep langsung ke pasien dari apotek (Cohen, 2007).

Tahap *Administration* adalah *administration error* didefinisikan sebagai kesalahan penyimpanan dari perintah resep yang tertulis pada grafik pasien atau seperti yang dimasukkan ke dalam sistem komputer rumah sakit, (Cohen, 2007).

Pelayanan Kefarmasian (SDM) adalah tenaga farmasi dan tenaga kesehatan lain yang bertugas melayani pasien. Keahlian yang diperlukan SDM farmasi dan tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan pekerjaan kefarmasian ditinjau dari segi, pendidikan, pengalaman kerja, umur, jenis kelamin, dan pelatihan yang diikuti.

Medication error adalah kesalahan yang terjadi selama dalam pengobatan, kesalahan ini dapat terjadi pada tahap *prescribing*, tahap *transcribing*, tahap *dispensing*, dan tahap *administration*.

6. Klasifikasi Medication Error

Menurut Naylor, (2002) dalam Zakiah & Rasmi, (2017) membuat Klasifikasi *Medication Error* adalah sebagai berikut:

- a. *Prescribing Errors Medication error* pada fase *prescribing* adalah *error* yang terjadi pada fase penulisan resep. Fase ini meliputi:
 - 1) Kesalahan resep
 - 2) Kesalahan karena yang tidak diotorisasi
 - 3) Kesalahan karena dosis tidak benar
 - 4) Kesalahan karena indikasi tidak diobati
 - 5) Kesalahan karena penggunaan obat yang tidak diperlukan
- b. *Transcribing Error* Pada fase *transcribing*, kesalahan terjadi pada saat pembacaan resep untuk proses *dispensing*, antara lain salah membaca resep karena tulisan yang tidak jelas. Salah dalam menterjemahkan

order pembuatan resep dan signature juga dapat terjadi pada fase ini. Jenis kesalahan obat yang termasuk *transcription errors*, yaitu:

- 1) Kesalahan karena pemantauan yang keliru
- 2) Kesalahan karena ROM (Reaksi Obat Merugikan)
- 3) Kesalahan karena interaksi obat

c. *Dispensing Error*

Kesalahan pada fase *dispensing* terjadi pada saat penyiapan hingga penyerahan resep oleh petugas apotek. Salah satu kemungkinan terjadinya error adalah salah dalam mengambil obat dari rak penyimpanan karena kemasan atau nama obat yang mirip atau dapat pula terjadi karena berdekatan letaknya. Selain itu, salah dalam menghitung jumlah tablet yang akan diracik, ataupun salah dalam pemberian informasi. Jenis kesalahan obat yang termasuk *Dispensing errors* yaitu :

- 1) Kesalahan karena bentuk sediaan
- 2) Kesalahan karena pembuatan/penyiapan obat yang keliru
- 3) Kesalahan karena pemberian obat yang rusak

d. Kesalahan pada fase administration adalah kesalahan yang terjadi pada proses penggunaan obat. Fase ini dapat melibatkan petugas apotek dan pasien atau keluarganya. Jenis kesalahan obat yang termasuk *administration errors* yaitu :

- 1) Kesalahan karena lalai memberikan obat
- 2) Kesalahan karena waktu pemberian yang keliru
- 3) Kesalahan karena teknik pemberian yang keliru
- 4) Kesalahan karena tidak patuh
- 5) Kesalahan karena rute pemberian tidak benar
- 6) Kesalahan karena gagal menerima obat

Menurut *Institute of Medicine* (IOM, 2001), keselamatan pasien didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury* *Accidental injury* disebabkan karena error

yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan.

Ada 6 tujuan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, yaitu :

- 1) *Safety* (aman), yaitu menghindari kecelakaan pada pasien akibat pelayanan yang diberikan kepada mereka.
- 2) *Effectiveness* (efektif), yaitu menyediakan pelayanan yang berbasis pada ilmu pengetahuan kepada seseorang yang mendatangkan manfaat dan pembelajaran bagi penyedia pelayanan (menghindarkan *underuse dan oversuse*).
- 3) *Patient-centeredness* (fokus pada pasien), yaitu menyediakan pelayanan yang menghargai dan menanggapi kebutuhan, nilai dan menjamin bahwa semua keputusan klinis itu untuk kepentingan pasien.
- 4) *Timeliness* (tepat waktu), yaitu mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan yang membahayakan bagi penerima maupun pemberi pelayanan.
- 5) *Efficiency* (efisiensi), yaitu menghindari barang sisa, khususnya barang sisa dari bagian peralatan, suplai, ide-ide, dan energi
- 6) *Equity* (patut), yaitu menyediakan pelayanan yang tidak bervariasi dalam kualitas karena karakteristik personal seperti jenis kelamin, etnis, lokasi geografi, dan status ekonomi-sosial.

Mendukung keselamatan pasien ini *Joint Commission International (JCI)*, mengeluarkan standar yang merujuk pada peranan penting dari pimpinan rumah sakit dalam menjamin integrasi, dukungan dan penerimaan usaha-usaha keselamatan di rumah sakit (JCI, 2006).

7. Pencegahan *Medication Error*

Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1027/MENKES/SK/IX/2014 disebutkan bahwa Apoteker harus memahami dan menyadari kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*) dalam proses

pengobatan. Pelayanan resep Apoteker harus melakukan skrining resep yang meliputi:

- a. Persyaratan administratif (seperti nama, SIP dan alamat dokter; tanggal penulisan resep; tanda tangan/paraf dokter penulis resep; nama, alamat, umur jenis kelamin dan berat badan pasien; nama obat, potensi, dosis dan jumlah yang diminta; cara pemakaian yang jelas; informasi lainnya).
 - b. Kesesuaian farmasetika (seperti bentuk sediaan, dosis, potensi, *stabilitas*, *inkompatibilitas*, cara dan lama pemberian).
 - c. Pertimbangan klinis (seperti efek samping, alergi, interaksi, kesesuaian indikasi, dosis, pasien, dan lain-lain).
8. Prinsip Tujuh Benar Dalam Pemberian Obat

a. Benar pasien

Sebelum obat diberikan, identitas pasien harus diperiksa (papan identitas di tempat tidur, gelang identitas) atau ditanyakan langsung kepada pasien atau keluarganya. Jika pasien tidak sanggup berespon secara verbal, respon non verbal dapat dipakai, misalnya pasien mengangguk. Jika pasien tidak sanggup mengidentifikasi diri akibat gangguan mental atau kesadaran, harus dicari cara identifikasi yang lain seperti menanyakan langsung kepada keluarganya. Bayi harus selalu diidentifikasi dari gelang identitasnya.

b. Benar obat

Obat memiliki nama dagang dan nama generik. Setiap obat dengan nama dagang yang asing (baru kita dengar namanya) harus diperiksa nama generiknya, bila perlu hubungi apoteker untuk menanyakan nama generiknya atau kandungan obat. Sebelum memberi obat kepada pasien, label pada botol atau kemasannya harus diperiksa tiga kali. Pertama saat membaca permintaan obat dan botolnya diambil dari rak obat, kedua label botol dibandingkan dengan obat yang

diminta, ketiga saat dikembalikan ke rak obat. Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi. Jika pasien meragukan obatnya, perawat harus memeriksanya lagi. Saat memberi obat perawat harus ingat untuk apa obat itu diberikan. Ini membantu mengingat nama obat dan kerjanya.

c. Benar dosis

Sebelum memberi obat, perawat harus memeriksa dosisnya. Jika ragu, perawat harus berkonsultasi dengan dokter yang menulis resep atau apoteker sebelum dilanjutkan ke pasien. Jika pasien meragukan dosisnya perawat harus memeriksanya lagi. Ada beberapa obat baik ampul maupun tablet memiliki dosis yang berbeda tiap ampul atau tabletnya.

d. Benar cara/ rute

Obat dapat diberikan melalui sejumlah rute yang berbeda. Faktor yang menentukan pemberian rute terbaik ditentukan oleh keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat kimiawi dan fisik obat, serta tempat kerja yang diinginkan. Obat dapat diberikan peroral, *sublingual*, *parenteral*, topikal, rektal, inhalasi.

e. Benar waktu Ini sangat penting, khususnya bagi obat yang efektivitasnya tergantung untuk mencapai atau mempertahankan kadar darah yang memadai. Jika obat harus diminum sebelum makan, sementara makan dan setelah makan.

f. Benar Dokumentasi

Dokumentasi dilaksanakan setelah pemberian obat dan dokumentasi alasan obat tidak diberikan. Perawat dan petugas kesehatan yang lain penting melakukan dokumentasi untuk melakukan komunikasi. Beberapa kesalahan pemberian obat disebabkan komunikasi yang tidak tepat. Dokumentasi sebelum melakukan pemberian obat sesuai standar Medication Administration Record

(MAR), yang harus dilakukan: nama lengkap pasien tidak ditulis dengan nama singkatan, waktu pemberian, dosis obat yang dibutuhkan, cara pemberian obat dan frekuensi pemberian obat. Masalah yang bisa muncul terhadap penulisan resep obat diantaranya informasi yang tidak lengkap, tulisan yang sulit dibaca, tidak jelas, tidak dimengerti, penempatan angka desimal, untuk dosis obat sehingga terjadi kesalahan dosis dan tidak sesuai standar (Hughes & Ortiz, 2005 dalam Potter & Perry, 2005)

g. Benar Edukasi Pasien tentang Obat

Sampaikan informasi tentang obat kepada klien secara benar dan mudah dipahami. Apa efek samping yang akan timbul, dan untuk apa pemberian terapi ini. Jangan sampai, pasien cemas karena setelah minum obat, pasien jadi lemas dan mudah tidur.

Hal-hal yang terkait dengan pemberian obat juga perlu disampaikan, misalnya seperti jangan minum susu karena dapat menurunkan kinerja obat, dan sebagainya (Potter & Perry, 2005).

DAFTAR PUSTAKA

- Cohen, H. (2007), „Protecting Patient From Harm : Reduce The Risks os High Alert Drugs’, (<http://www.nursing2007.com>).
- Depkes & KKP-RS. (2008). Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit. (Edisi 2). Jakarta
- Handayani, T.S., (2017), Analisis Dan Perancangan Sistem Informasi Pengolahan Data Persediaan Obat Pada Pos Kesehatan Desa Wonoanti, *Speed Journal - Sentra Penelitian Engineering dan Edukasi - Volume 11 No 4 - 2014 - ijns.org*
- JCI. (2006). *Journal on Quality and Patient Safety, Root Causes of Sentinel Events.*
- Menteri Kesehatan RI. (2004), Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1027/MENKES/SK/IX/2004, Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- Menteri Kesehatan RI. (2011). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien. Diakses dari www.depkes.go.id
- Muchid. (2006). *Pharmaceutical Care*. Penerbit Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, Departemen Kesehatan; Jakarta
- Permenkes RI. (2016) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Vol. 4.
- Potter & Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika
- Zakiah Oktarlina R, Wafiyatunisa Z. Rasmi Zakiah Oktarlina dan Zahra Wafiyatunisa | Kejadian Medication Error pada Fase Prescribing JK Unila. Vol. 1. 2017.

BIODATA PENULIS



Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep Lahir di Tomohon pada 26 Januari 1970 Riwayat Pendidikan Sebagai berikut : Sekolah Perawat Kesehatan Manado Lulus 1988, Akademi Keperawatan Manado lulus 2000, S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Lulus 2005, S2 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin Makasar Lulus 2013. Pernah menjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Sariputra Indonesia Tomohon 2007-2011, menjadi pegawai sejak 1988 dan sejak 2006 Dosen Poltekkes Kemenkes Manado. Riwayat menulis buku yaitu : Sebagai penulis Utama pada Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Konsep, Teori dan Modul Praktikum) pada 2017. Aktif dalam menulis Book Chapter.

BAB 11

Total Quality Management dalam Pelayanan Kesehatan

Dr. Apt. Nutrisia Aquariushinta Sayuti., M.Sc

A. Pendahuluan

Total Quality Management (TQM) berasal dari teknik industri seperti '5 why' dan 'Six Sigma', namun pada perkembangannya TQM juga merambah pada sektor kesehatan. Institut Kedokteran AS menekankan kurangnya keterlibatan formal dalam layanan kesehatan. Inggris memperkenalkan prinsip tata kelola klinis pada tahun 1997, termasuk alat analisis akar penyebab (*root cause analysis* (RCA)), walau pun alat ini memiliki kelemahan dalam layanan kesehatan primer, terutama dalam menangani insiden yang kompleks karena patologi berperan dalam kejadian buruk terkait layanan kesehatan (Iverson & Dervan, 2024).

Kejadian buruk yang berhubungan dengan layanan kesehatan sering kali timbul dari kesalahan individu atau penyimpangan dari protokol. Ini mencakup prosedur bedah, kesalahan pengobatan, dan melukai diri sendiri. Prinsip investigasi insiden mencakup tindakan preventif, obyektif, proporsional, terbuka, transparan, berbasis sistem, kolaboratif, dan tepat waktu (Iverson & Dervan, 2024). Semua itu memerlukan manajemen penjaminan mutu. Bab ini akan menjelaskannya secara singkat karena keterbatasan halaman namun pembaca dapat mempelajari lebih lanjut pada pustaka-pustaka yang digunakan dalam penyusunan bab ini.

B. Lingkup Luas TQM dalam Pelayanan Kesehatan

1. Manajemen Mutu dalam Pelayanan Kesehatan

Manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan memastikan pelayanan yang aman, efektif, berpusat pada pasien, berfokus pada *provider* yang berkualitas, lingkungan yang sesuai, dan perawatan yang berpusat pada pasien untuk meningkatkan luaran kesehatan dan kepuasan pasien. Manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan berfokus pada peningkatan sistem, kebijakan, dan proses untuk memberikan pelayanan yang unggul, meminimalkan bahaya, dan mengoptimalkan perawatan pasien. Pendekatan yang digunakan dapat *Total Quality Management (TQM)* dan *Continuous Quality Improvement (CQI)*(Team, 2023).

2. Peran Akreditasi dan Standardisasi dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan dipastikan dengan mematuhi standar dan akreditasi yang ditetapkan contohnya, ISO 9000. Akreditasi atau standar memvalidasi kinerja, membangun kepercayaan, dan mendorong perbaikan berkelanjutan, termasuk penerapan TQM (Team, 2023). Hal ini terlihat dari fungsi akreditasi di bawah ini, yaitu:

a. Kerangka Peningkatan Mutu

Akreditasi menawarkan kerangka terstruktur untuk evaluasi berkelanjutan dan peningkatan kebijakan, prosedur, dan protokol fasilitas kesehatan, Hal ini selaras dengan prinsip inti TQM.

b. Fokus pada Pasien

Standar akreditasi memprioritaskan pendekatan yang berpusat pada pasien, memastikan kebutuhan medis terpenuhi dan pengalaman pasien yang positif. Hal ini selaras dengan prinsip-prinsip TQM.

c. Efisiensi Operasional

Standar akreditasi meningkatkan manajemen fasilitas kesehatan, pemanfaatan sumber daya,

pelatihan staf, dan komunikasi, dengan prinsip TQM yang mengoptimalkan proses untuk meningkatkan efisiensi operasional.

d. Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan

Akreditasi memerlukan pemantauan dan evaluasi berkelanjutan, selaras dengan penekanan TQM pada perbaikan berkelanjutan. Sarana pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan prinsip akreditasi dan TQM unggul dalam beradaptasi dengan perkembangan layanan kesehatan.

Akreditasi berfungsi sebagai katalis, yang selaras dengan prinsip-prinsip TQM. Hubungan simbiosis antara akreditasi dan TQM menciptakan kerangka kerja bagi sarana pelayanan kesehatan, tidak hanya untuk memenuhi standar tetapi juga melampauinya, sehingga menumbuhkan budaya perbaikan berkelanjutan dan keunggulan dalam perawatan pasien. Ketika organisasi pelayanan kesehatan menerapkan prinsip-prinsip ini, penerima manfaat utama (pasien) akan menerima pelayanan yang lebih aman, efisien, dan berkualitas lebih tinggi (Kumar, 2023).

3. Pengertian TQM dalam Pelayanan Kesehatan

TQM dalam pelayanan kesehatan mendorong perbaikan berkelanjutan, kolaborasi, dan evaluasi untuk perawatan yang berpusat pada pasien, yang melibatkan praktik terbaik, komunikasi efektif, keterlibatan pasien, dan kesadaran keselamatan terkini serta pelatihan pencegahan infeksi (Healthcare, 2023). Pendekatan TQM adalah proses enam langkah yang mengidentifikasi kebutuhan pelanggan dalam pengembangan produk dengan cara perkiraan hasil, pengembangan rencana untuk mengumpulkan informasi, analisis hasil, pemeriksaan kesimpulan, dan pengambilan tindakan (Istiqomah et al., 2021). TQM adalah filosofi kepemimpinan yang memprioritaskan kepuasan pelanggan, produktivitas, dan efektivitas yang mendorong perbaikan berkelanjutan, mengurangi biaya, sehingga

tercipta pelayanan berkualitas dengan harga terjangkau melalui metode seperti siklus mutu dan pengendalian proses (Erkan & Unal, 2022).

4. Tujuan TQM dalam Pelayanan Kesehatan

Praktik TQM meningkatkan daya saing *provider* kesehatan dengan mendorong perbaikan berkelanjutan, pengembangan profesional dan peningkatan layanan pasien, meningkatkan hasil kesehatan, mengelola biaya pemeliharaan, dan memberikan wawasan yang lebih baik mengenai proses tersebut. (Healthcare, 2023). Keuntungan lain dari implementasi TQM adalah sebagai berikut:

a. Penghematan Biaya

TQM dapat menghemat biaya secara keseluruhan, khususnya pada produk gagal, pengerjaan ulang, layanan lapangan, dan biaya garansi. Penghematan biaya langsung menghasilkan keuntungan tanpa memerlukan pengeluaran baru.

b. Kepuasan Pelanggan

Penerapan TQM mengurangi keluhan pelanggan, meningkatkan mutu produk atau pelayanan, dan meningkatkan pangsa pasar dengan cara menarik pelanggan baru melalui pelanggan lama yang puas.

c. Mengurangi Cacat

TQM memprioritaskan perbaikan proses dibandingkan pemeriksaan mutu, sehingga mengurangi kesalahan dan meningkatkan efisiensi proses secara keseluruhan.

d. Peningkatan Moral Karyawan

Penerapan TQM dapat secara signifikan meningkatkan semangat kerja karyawan, mengurangi pergantian staf, dan menurunkan biaya rekrutmen dan orientasi karyawan baru.

e. Kuat Menghadapi Kompetisi

TQM membantu dalam mengevaluasi daya saing bisnis, merancang strategi bersaing yang efektif, dan

memastikan kelangsungan hidup dalam lingkungan kompetitif dengan memahami konsumen dan pasar.

f. Pengembangan Sistem Komunikasi yang Memadai

Sistem TQM dapat mengatasi komunikasi yang tidak memadai dalam organisasi, mendorong kolaborasi yang lebih baik di antara staf dari berbagai departemen dan tingkat manajemen untuk meningkatkan produktivitas, kualitas, dan semangat kerja.

g. Progres Selalu Ditinjau

TQM memungkinkan strategi perbaikan berkelanjutan di seluruh proses, yang bertujuan untuk memenuhi tantangan bisnis yang dinamis dengan terus meningkatkan mutu dan menangani proses (Anggi, 2020).

5. Harapan dan Prinsip Utama TQM dalam Pelayanan Kesehatan

TQM diharapkan mampu meningkatkan kepuasan layanan, keandalan, kepercayaan, dan produksi bebas kesalahan dengan menumbuhkan budaya organisasi, mendorong pembelajaran, pemecahan masalah, dan kolaborasi karyawan (Erkan & Unal, 2022). Prinsip Utama TQM adalah sebagai berikut:

a. Kepuasan Pelanggan

TQM memperluas konsep mutu dan pelanggan, memungkinkan pelanggan untuk menentukan kualitas yang diinginkan, memenuhi tuntutan biaya, keamanan, dan ketepatan waktu, dan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan untuk memuaskan pelanggan.

b. Hormat terhadap Setiap Orang

Tenaga kesehatan adalah aset organisasi yang berharga, yang memerlukan keterampilan individu dan merespons pasien secara cepat. Mereka harus mendapat perlakuan yang baik dan diberi kesempatan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.

- c. Manajemen berdasarkan Fakta

Fakta memandu setiap keputusan dengan fokus pada alokasi sumber daya dan memandang kinerja manusia yang bervariasi. Statistik memberikan pemahaman umum tentang variabilitas organisasi dan memungkinkan manajemen memprediksi hasil.
 - d. Perbaikan Berkesinambungan

Siklus PDCA, yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, penilaian hasil, dan pengambilan tindakan perbaikan, sangat penting untuk perbaikan berkelanjutan dalam pelayanan kesehatan. (Istiqomah et al., 2021).
6. Komponen TQM dalam Pelayanan Kesehatan.
- a. Fokus pada Pelanggan

Provider kesehatan harus mendorong setiap personel untuk berinteraksi langsung dengan pelanggan, dengan fokus pada penjualan, pelayanan, dan mutu produk untuk meningkatkan loyalitas pelanggan..
 - b. Obsesi terhadap Mutu

Provider kesehatan harus secara konsisten meningkatkan pengalaman pelanggan melalui inovasi seperti sistem registrasi *online* dan target kinerja karyawan, yang berpengaruh pada bonus dan prestasi karyawan.
 - c. Pendekatan Ilmiah

Pendekatan ilmiah sangat penting untuk merancang pekerjaan, memecahkan masalah, dan memantau kinerja. Hal tersebut dilakukan dengan menetapkan dan memanfaatkan standar operasional prosedur, pedoman pengobatan, dan pengobatan berbasis bukti (EBM).
 - d. Komitmen Jangka Panjang

Komitmen jangka panjang terhadap mutu layanan harus dimiliki oleh seluruh personel. Kinerja optimal dapat dipastikan ketika semua personel memiliki

komitmen yang sama terhadap organisasi penyedia layanan kesehatan.

e. Kerja sama dalam Tim

Kerja yang efektif memerlukan kerja tim di antara seluruh personel, yang memahami tugasnya dan bekerja sama untuk meningkatkan kepuasan pelanggan serta menyelesaikan masalah dengan lebih efisien.

f. Perbaikan secara Berkesinambungan

Fokusnya adalah pada peningkatan layanan dengan mengidentifikasi peluang, mengurangi limbah, dan meningkatkan aktivitas, sekaligus meningkatkan koordinasi rutin antara setiap personel dalam organisasi provider kesehatan dan pasien.

g. Pendidikan dan Pelatihan

Faktor sumber daya manusia berdampak signifikan terhadap pelayanan kesehatan. Pendidikan dan pelatihan sangat penting dalam pengembangan personel. Sebuah departemen khusus diperlukan untuk mengatur Pendidikan dan pelatihan tersebut.

h. Kebebasan yang Terkendali

Koordinasi reguler di tingkat manajemen dan personel sangat penting untuk kebebasan terkendali. Hal tersebut memungkinkan peningkatan inovasi pelayanan dan usulan inovasi dari setiap personel serta memungkinkan manajemen memilih usulan terbaik.

i. Kesatuan Tujuan

Setiap personel harus memiliki pemahaman yang jelas terkait tujuan organisasi dan implementasi *core value* organisasi. Caranya adalah dengan pelatihan rutin internal untuk menjabarkan visi misi serta penerapan *core value* di organisasi.

j. Adanya Keterlibatan dalam Pemberdayaan Karyawan/ Personel

Membangun antusiasme dan pemberdayaan personel akan menumbuhkan kepemilikan dan

tanggung jawab, meningkatkan proses pengambilan keputusan manajemen dan meningkatkan efektivitas pemecahan masalah. (Pratiwi et al., 2022).

7. Alat Peningkatan Mutu dalam Pelayanan Kesehatan

Alat mutu pelayanan kesehatan dapat digunakan untuk menangani kesalahan, peningkatan biaya, dan perubahan praktik penyedia dengan fokus pada sistem daripada individu. Inisiatif sering kali menerapkan perubahan proses dengan berbagai alat. Alat-alat tersebut antara lain :

a. *Root Cause Analysis (RCA)*

Root Cause Analysis (RCA) adalah alat penting dalam layanan kesehatan yang membantu mengidentifikasi dan mengatasi akar penyebab masalah, meningkatkan efisiensi, dan meminimalkan risiko. Hal ini sangat penting selama pandemi COVID-19 karena dapat memastikan keselamatan pasien dan pengembangan industri melalui upaya kolaboratif dan visualisasi variabel numerik (US, 2022). "5 Why" adalah teknik mengajukan pertanyaan berulang yang digunakan untuk menganalisis masalah serius. Hal ini melibatkan beberapa kali pengulangan untuk mengidentifikasi akar permasalahan, memastikan stabilitas, dan mengidentifikasi area di luar batas kendali untuk penyelidikan dan peringatan akan adanya masalah (Salem et al., 2017).

b. *Lean Six Sigma*

Six Sigma semakin populer dalam layanan kesehatan untuk meningkatkan keselamatan dan kepuasan pasien dengan mengurangi kesalahan dan pemborosan. Ini menyederhanakan proses, mengurangi biaya, dan meningkatkan perawatan pasien. Lean Six Sigma yang merupakan kombinasi Lean dan Six Sigma, mampu mengatasi kesalahan medis dan mengurangi biaya tahunan. Pendekatannya adalah DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve,*

Control), yang melibatkan identifikasi pasien, pengukuran kinerja, dan analisis data, berkontribusi terhadap peningkatan mutu (University of Massachusetts Anherst, 2023).

c. *Plan-Do-Study-Act* (PDSA)

Siklus *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) terinspirasi oleh manajemen industri. Mereka menyusun proses penjaminan mutu menggunakan pembelajaran eksperimental. Namun, siklus PDSA tidak dapat berdiri sendiri karena sebagian besar proyek memiliki keterbatasan desain, analisis data yang tidak memadai, dan pelaporan yang tidak lengkap. Oleh karena itu dibutuhkan Pedoman Standar Keunggulan Pelaporan Peningkatan Kualitas (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE)) yang bertujuan untuk meningkatkan manfaat dari PDSA (Knudsen, S. V., Laursen, H., Johnsen, S. P., Bartels, P. D., Ehlers, L. H., & Mainz, 2018).

d. *Failure modes and effects analysis* (FMEA)

FMEA, sebuah alat penilaian risiko proaktif, telah mendapatkan pengakuan dalam bidang pelayanan kesehatan sejak tahun 1990an. FMEA memeriksa masing-masing komponen sistem untuk menentukan mode kegagalan potensial dan dampaknya terhadap stabilitas sistem. FMEA berfokus pada proses manufaktur dengan menghitung angka prioritas risiko. Metode FMEA yang dimodifikasi mencakup analisis efek dan kekritisan mode kegagalan (*failure mode effects and criticality analysis* (FMECA)) dan analisis mode kegagalan dan efek layanan kesehatan (*healthcare failure mode and effect analysis* (HFMEA)) (Shaymaa & El-Awady, 2023).

e. *Health failure modes and effects analysis* (HFMEA)

HFMEA dikembangkan oleh *United States Department of Veterans Affairs' National Center for Patient Safety* (NCPS) pada tahun 2002 dengan

menggabungkan konsep, komponen, dan definisi dari FMEA dengan analisis bahaya dan titik kendali kritis (HACCP) dan RCA. Metode ini dirancang untuk memungkinkan organisasi pelayanan kesehatan mengevaluasi dan meningkatkan proses sebelum insiden terjadi (Shaymaa & El-Awady, 2023). Lima Langkah yang dilakukan dalam HFMEA adalah menentukan topik HFMEA beserta definisi jelas tentang proses yang akan dipelajari, membentuk tim, mendeskripsikan proses peninjauan secara grafis, dan melakukan analisis bahaya, tindakan dan pengukuran hasil (Veterans Affairs National Center for Patient Safety, 2021).

8. Kunci Kesuksesan dan Penyebab Kegagalan dalam Penerapan TQM pada Pelayanan Kesehatan

Lima prediktor inti dari keberhasilan penerapan TQM di sektor kesehatan adalah pendidikan dan pelatihan, peningkatan mutu berkelanjutan, fokus pada kepuasan pasien, komitmen manajemen puncak, dan kerja tim. TQM berpengaruh positif terhadap kinerja tenaga kesehatan, berfokus pada kepuasan pasien, identifikasi masalah, pengambilan keputusan terbuka di antara personel kesehatan dan pasien, dan strategi holistik. TQM juga menanamkan orientasi mutu dalam semua proses dan prosedur. Penyedia layanan kesehatan harus mempertimbangkan dan melakukan kelima predictor tersebut dalam penerapan TQM untuk meningkatkan kinerjanya (Alzoubi et al., 2019)

TQM adalah aspek penting dalam layanan kesehatan karena kesalahan tidak dapat diubah dan berdampak pada kesehatan manusia namun TQM terkadang gagal menyediakan interaksi timbal balik dan koordinasi dalam menghadapi kesulitan untuk mencapai tujuan tertentu. Kegagalan lain yang ditemui dalam penerapan TQM adalah :

- a. Karyawan tidak cukup mengadopsi proses TQM
- b. TQM diciptakan dengan bantuan seorang penasihat dan penasihat ini tidak diberitahu tentang dinamika organisasi.
- c. Organisasi sadar akan pentingnya mutu tetapi mutu total tidak ditekankan secara memadai,
- d. Kepemimpinan manajemen puncak tidak memadai dan organisasi memulai peningkatan mutu tanpa strategi yang ditentukan dengan jelas.
- e. Manajemen puncak tidak dapat menjalin komunikasi yang memadai dengan karyawan.
- f. Inventasi dalam pendidikan dan inovasi tertunda karena memprioritaskan keuntungan jangka pendek.

Mutu pelayanan kesehatan ditentukan oleh faktor-faktor seperti efektivitas, efisiensi, produktivitas, penerimaan, legalitas, kesetaraan, kontinuitas, penyampaian tepat waktu, partisipasi, dan aksesibilitas. Persepsi dan komunikasi pelanggan memainkan peran penting dalam mutu pelayanan. Faktor manusia, pendidikan, dan inovasi sangat penting untuk mencapai pelayanan kesehatan bermutu (Erkan & Unal, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Alzoubi, M. M., Hayati, K. S., Rosliza, A. M., Ahmad, A. A., & Al-Hamdan, Z. M. (2019). Total quality management in the health-care context: Integrating the literature and directing future research. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, 167–177. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S197038>
- Anggi. (2020). *Total Quality Manajemen (TQM): Pengertian, Prinsip dan Keuntungan Penggunaannya*. Accurate.Id. <https://accurate.id/marketing-manajemen/total-quality-manajemen/>
- Erkan, I., & Unal, M. (2022). Total quality management practices in health services. *Research Journal of Business and Management*, 9(1), 197–205. <https://doi.org/10.17261/pressacademia.2022.1648>
- Healthcare, D. (2023). *Total Quality Management*. Definitive Healthcare. <https://www.definitivehc.com/resources/glossary/total-quality-management>
- Istiqomah, W., Listyorini, P., & Yuliani, N. (2021). Analisis Manajemen Mutu Terpadu (TQM) Dalam Pelayanan Rumah Sakit. *Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKesNas)*, 19(7), 709–719.
- Iverson, B. L., & Dervan, P. B. (2024). *Patient Safety (Investigating and Reporting Srious Clinical Incidents)*.
- Knudsen, S. V., Laursen, H., Johnsen, S. P., Bartels, P. D., Ehlers, L. H., & Mainz, J. (2018). Can Quality Improvement improve the Quality of Care? A systematic review of effects and methodological rigor of the Plan-Do-Study-Act (PDSA) method. *Bmj Quality and Safety*, 6, 1–10. <http://www.forskningsdatabasen.dk/en/catalog/2396085451>
- Kumar, K. (2023). *From Compliance to Excellence: The Role of Accreditation in Hospital Total Quality Management (TQM)*. Healthcare Quality Transformation Advocate. <https://www.linkedin.com/pulse/from-compliance-excellence-role-accreditation-hospital-y-v->

kdhuc/?trk=article-ssr-frontend-pulse_more-articles_related-content-card

- Pratiwi, G., Bachtiar, A., & Oktamianti, P. (2022). Implementasi Total Quality Management di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bintaro. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(8.), 2003–2005. www.aging-us.com
- Salem, S., Al-Dossari, D., Al-Zaagi, I., & Qureshi, N. (2017). Lean Six Sigma, Root Cause Analysis to Enhance Patient Safety in Healthcare Organizations: A Narrative Review, 2000-2016. *Journal of Advances in Medical and Pharmaceutical Sciences*, 12(1), 1–26. <https://doi.org/10.9734/jamps/2017/31541>
- Shaymaa, & El-Awady. (2023). Overview of Failure Mode and Effects Analysis (FMEA): A Patient Safety Tool. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 6(1), 24–26. <https://doi.org/10.36401/JQSH-23-X2>
- Team, A. (2023). *Understanding the Role of Quality Management in Healthcare*. Ambula.Io. https://doi.org/10.1007/978-3-030-89822-9_24-1
- University of Massachusetts Amherst. (2023). *Six Sigma in Healthcare: Concept, Benefits and Examples*. UMass Amherst - Isenberg School of Management. <https://bootcamp.umass.edu/blog/quality-management/six-sigma-in-healthcare-concept-benefits-and-examples>
- US, S. S. (2022). *Importance of Root Cause Analysis in Healthcare Industry*. SixSigma.Us. <https://www.linkedin.com/pulse/importance-root-cause-analysis-healthcare-industry-6sigma-us/>
- Veterans Affairs National Center for Patient Safety. (2021). Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA): A simple step by step guide. *Veterans Affairs National Center for Patient Safety*, January. <https://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/Step-by-Step-Guidebook-HFMEA-January2021.pdf%0Ahttps://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/hfmea.asp>

BIODATA PENULIS



Dr. Apt. Nutrisia Aquarisuhinta Sayuti, lahir di Surakarta, 24 Januari 1981. Pendidikan S1 Farmasi ditempuh di Universitas Setia Budi Surakarta. Pendidikan S2 Farmasi dan S3 Farmasi ditempuh di Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Beliau mengajar di Poltekkes Kemenkes Surakarta.

Riwayat kerja beliau antara lain Apoteker Pengelola Apotek di Wonogiri (2007 - 2017) serta Guru SMK Farmasi Bhakti Mulia Wonogiri (2009- 2013). Jabatan yang pernah beliau ampu selama bekerja di Poltekkes Kemenkes Surakarta antara lain : koordinator kemahasiswaan Jurusan Jamu (2013-2014), sub Unit Penjaminan Mutu dan Laboratorium di Jurusan Jamu (2015 - 2017), Ketua Program Studi DIII Farmasi (2021 - 2023), tim auditor internal (2015-sekarang), Ketua Jurusan Farmasi (2023 - sekarang). Seminar dan workshop yang diikuti adalah tentang kurikulum, penyusunan soal UKOM, penjaminan mutu pendidikan dan laboratorium pendidikan, metodologi penelitian, sistematika review dan meta analisis, farmakoekonomi, interaksi obat, manajemen farmasi, saintifikasi jamu, kosmetika dan pelayanan kecantikan tradisional. Bidang penelitian beliau adalah farmakoekonomi, kebijakan obat, pelayanan/ pengobatan tradisional, jamu, kosmetika dan pangan fungsional. Alamat email adalah nurisayuti@gmail.com

BAB 12

Peran Supervisi dalam Budaya Keselamatan Pasien

Irwan Agustian, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien tetap menjadi prioritas dalam system pelayanan kesehatan dan budaya keselamatan merupakan faktor yang berkontribusi terhadap keamanan dalam tindakan perawatan pasien. Budaya keselamatan pasien umumnya dipahami sebagai keyakinan, nilai-nilai dan norma tentang keamanan dalam sebuah organisasi (Lee et al., 2023).

Bab ini mengeksplor tentang peran supervisi keperawatan dalam budaya keselamatan pasien. Teori supervisi keperawatan menyajikan peran supervisi dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien sehingga keamanan pemberian asuhan dapat terjamin. Bab ini akan diawali dengan membahas tentang pengertian supervisi keperawatan, budaya keselamatan pasien dan peran supervisi keperawatan dalam budaya keselamatan pasien.

B. Komponen Supervisi dalam Budaya Keselamatan Pasien

1. Pengertian Supervisi Keperawatan

Supervisi keperawatan adalah komunikasi timbal balik antara supervisor keperawatan dengan perawat pelaksana dengan prinsip perawat pelaksana menerima bimbingan, dukungan, bantuan dan memberikan kepercayaan sehingga perawat pelaksana dapat memberikan pelayanan yang aman kepada pasien. Supervisi keperawatan diharapkan menjadi *precursor* untuk pertumbuhan dan perkembangan keterampilan dan kemampuan perawat karena setiap kegiatannya

mendapatkan pengawasan dan bimbingan dari supervisor keperawatan (Tri Afandi et al., 2023).

Supervisi keperawatan merupakan segala bentuk pendampingan dari pemimpin/penanggungjawab kepada perawat yang bertujuan untuk pengembangan perawat dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga perawat dapat melakukan tugasnya dalam pencapaian pelayanan keperawatan yang bermutu (Ayu, 2022).

2. Pelaksana Supervisi Keperawatan

Supervisi keperawatan menurut Ayu (2022) dilaksanakan oleh :

a. Kepala Ruangan

Kepala ruangan bertanggungjawab memberikan supervisi dengan mengawasi perawat pelaksana pada saat memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung yang disesuaikan dengan metode penugasan yang ditetapkan diruang perawatan tersebut.

b. Pengawas Perawatan (Supervisor)

Unit pelayanan dan ruang perawatan yang berada dibawah unit pelaksana fungsional diawasi oleh supervisor dalam pelayanan keperawatan.

c. Kepala Bidang Keperawatan

Kepala bidang keperawatan merupakan *top manager* dalam keperawatan sehingga kepala bidang keperawatan bertanggungjawab melakukan supervisi yang dapat dilakukan secara langsung maupun melalui para pengawas keperawatan.

C. Model-Model Supervisi Keperawatan

Kegiatan supervisi dapat diterapkan melalui model-model supervisi keperawatan menurut Ayu (2022) antara lain :

1. Model Konvensional

Model konvensional dalam kegiatan supervisi dilakukan melalui inspeksi langsung dalam menemukan masalah dan kesalahan pada pemberian asuhan keperawatan. Model ini lebih condong pada kegiatan

memata-matai perawat pada saat bertugas. Namun, model konvensional ini memiliki kelemahan karena hanya melihat sisi negatif para perawat.

2. Model Ilmiah

Model ini lebih menekankan pada pendekatan dengan membuat perencanaan yang tidak hanya mencari kesalahan atau masalah saja. Karakteristik dari model supervisi ini dapat dilakukan berkesinambungan, dilakukan dengan prosedur, instrument dan standar supervisi yang baku sehingga dapat memberikan umpan balik dan bimbingan.

3. Model Klinis

Model klinis dalam kegiatan supervisi bertujuan membantu perawat pelaksana dalam mengembangkan profesionalisme sehingga kinerja dalam pemberian asuhan keperawatan meningkat. Model klinis dilakukan secara sistematis melalui observasi pelayanan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat kemudian dibandingkan dengan standar keperawatan.

4. Model Artistic

Model artistic menitik beratkan pendekatan personal untuk menciptakan rasa aman sehingga supervisor dapat diterima oleh perawat dengan baik.

D. Langkah – Langkah Supervisi Keperawatan

Langkah-langkah dalam pelaksanaan supervisi keperawatan menurut Ayu (2022) adalah sebagai berikut :

1. Pra Supervisi

- a. Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi
- b. Supervisor menetapkan tujuan dan kompetensi yang akan dinilai

2. Pelaksanaan Supervisi

- a. Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrumen yang telah di siapkan
- b. Supervisor mendapat beberapa hal yang memerlukan pembinaan
- c. Supervisor memanggil PP dan KATIM untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi permasalahan

- d. Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, wawancara dan memvalidasi data sekunder
 - e. Supervisor mengklarifikasi permasalahan yang ada
 - f. Supervisor melakukan tanya jawab dengan perawat
3. Pasca Supervisi-3F
- a. Supervisor memberikan penilaian supervisi (F-Fair)
 - b. Supervisor memberikan feedback dan klarifikasi (sesuai hasil laporan supervisi)
 - c. Supervisor memberikan reinforcement dan follow up perbaikan

E. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) adalah nilai, persepsi, keyakinan, sikap, kompetensi dan pola perilaku dari setiap individu yang dihasilkan oleh individual dan kelompok yang ditetapkan berdasarkan komitmen organisasi yang ada di rumah sakit untuk menjamin keselamatan pasien selama perawatan. Penerapan budaya keselamatan pasien akan mendeteksi kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi budaya keselamatan pasien akan meningkatkan kesadaran untuk mencegah dan melaporkan jika ada kesalahan (Pratiwi, 2019).

Budaya keselamatan pasien yang kuat merupakan komponen penting dari system layanan kesehatan yang lebih aman. Budaya keselamatan yang positif ditandai dengan adanya kesadaran bersama terhadap keselamatan pasien, rasa saling percaya antar sesama staf, tanggung jawab bersama untuk memberikan asuhan yang aman. Mengembangkan budaya keselamatan pasien yang kuat berarti menciptakan kerjasama yang kolaboratif dan aman dalam meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien (De Bienassis et al., 2020).

F. Domain Budaya Keselamatan Pasien

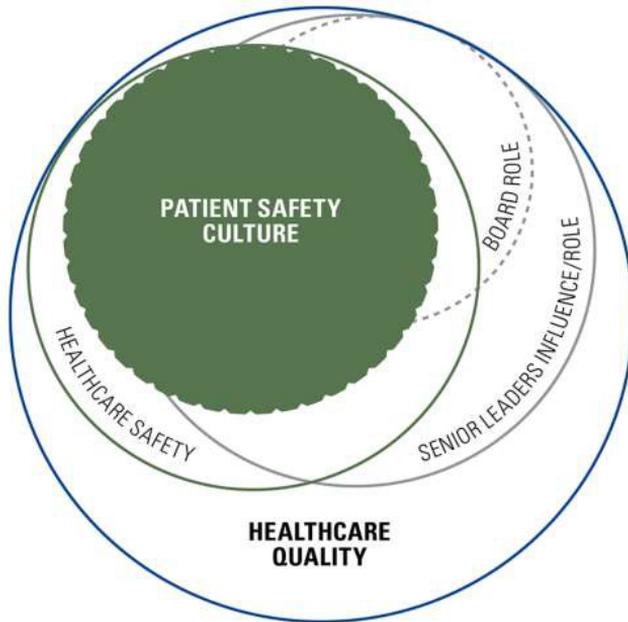
Kebudayaan dalam pengertian yang umum dapat dipahami tetapi sulit untuk didefinisikan. Karakteristik yang membentuk budaya keselamatan yang positif sangat kompleks untuk dapat digambarkan dan diukur. Tinjauan literatur budaya keselamatan pasien tahun 2014 mengidentifikasi

domain yang terkait dengan budaya keselamatan pasien yaitu: 1) komitmen manajemen terhadap keselamatan; 2) system keselamatan; 3) beban kerja; 4) komunikasi; 5) kerjasama tim; 6) kepemimpinan, dan 7) tidak menghukum (De Bienassis et al., 2020).

G. Peran Supervisi dalam Budaya Keselamatan Pasien

Supervisi pelayanan keperawatan dipandang sebagai bagian terpenting dari aktivitas keperawatan. Supervisi keperawatan dapat dilakukan oleh ketua tim, kepala ruangan, pengawas, kepala seksi, kepala bidang keperawatan ataupun wakil direktur keperawatan. Kegiatan supervisi pelayanan keperawatan juga dapat meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien yang dilakukan oleh supervisor keperawatan (Pratiwi, 2019).

Kepala ruangan sebagai manajer lini pertama memiliki peran yang kritis dalam mendukung budaya keselamatan pasien dengan kepemimpinan yang efektif. Pernyataan ini sejalan dengan De Bienassis et al., (2020) menyebutkan bahwa manajemen dan pimpinan berkontribusi dalam membangun dan menghasilkan layanan kesehatan yang bermutu. Ketika kesalahan yang menyebabkan kerugian pada pasien muncul. Pemimpin berperan penting dalam mendorong keselamatan suatu organisasi dengan memberikan contoh, membina komunikasi, menciptakan suasana yang memungkinkan menyampaikan kekhawatiran serta meningkatkan *reward* dan *punishment* (De Bienassis et al., 2020).



Gambar 1. Hubungan Mutu, Keselamatan Pasien dan Kepemimpinan
Sumber : De Bienassis et al., (2020)

Pemimpin dapat bertindak sebagai katalisator dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien dan menerapkan kebijakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Namun terkadang pemimpin kurang memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk melakukannya. Hal tersebut dapat dilihat bahwa para pemimpin cenderung memiliki persepsi yang lebih positif terhadap budaya keselamatan pasien dibandingkan dengan perawat yang bertugas digugus terdepan (De Bienassis et al., 2020).

Supervisi keperawatan apabila dilakukan dengan baik akan berdampak positif terhadap budaya keselamatan pasien. Penerapan fungsi perencanaan dan pengawasan dalam supervisi diperkirakan akan mempengaruhi budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Supervisi keperawatan tiga kali lebih efektif berpengaruh dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Semakin baik supervisi keperawatan yang dilakukan maka akan semakin baik pelaksanaan budaya

keselamatan pasien melalui upaya pencegahan kesalahan pada saat pemberian asuhan. Supervisi diharapkan mampu mengoptimalkan dan memfasilitasi tenaga kesehatan dalam mengurangi kesalahan dalam pelayanan kesehatan (Handayani et al., 2022).

Penelitian Pratiwi (2019) menyebutkan bahwa budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam menuju keselamatan pasien. Peran supervisi sangat penting dalam membangun budaya keselamatan pasien. Supervisi keperawatan yang diberikan dapat meningkatkan keterampilan dan pemahaman tenaga kesehatan untuk memberikan asuhan secara aman dan mencegah terjadinya kesalahan, sehingga dengan adanya supervisi yang diberikan maka penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana akan semakin baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu, W. D. (2022). Supervisi Keperawatan. In *Salemba Medika*.
- De Bienassis, K., Kristensen, S., Burtscher, M., Brownwood, I., & Klazinga, N. S. (2020). Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, 119, 0_1,3-6,10-100.
- Handayani, A., Yulastri Arif, & Zifriyanthi Minanda Putri. (2022). The Role of the Managerial Function of Supervisor Model 4S towards Patient Safety Culture at Sawahlunto General Hospital. *Bioscientia Medicina : Journal of Biomedicine and Translational Research*, 6(10), 2292-2299. <https://doi.org/10.37275/bsm.v6i10.594>
- Lee, S. E., Dahinten, V. S., & Lee, J. H. (2023). Testing the association between the enabling and enacting factors of patient safety culture and patient safety: structural equation modelling. *BMC Nursing*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01196-x>
- Pratiwi, I. A. (2019). Peran Supervisi Menuju Budaya Keselamatan Pasien. *INA-Rxiv*.
- Tri Afandi, A., Indri Safitri, R., Wijaya, D., & Fariasih, C. (2023). Implementation of Supervision About Patient Safety with an Inguinal Hernia Diagnosed in an Inpatient Room: A Case Study. *D'Nursing and Health Journal (DNHJ)*, 4(1), 67-88. <https://doi.org/10.61595/dnursing.v4i1.596>

BIODATA PENULIS



Irwan Agustian, S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Labuhanbilik, pada 19 Agustus 1991. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Rs Haji Medan pada tahun 2013 dan S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara tahun 2020. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Haji Sumatera Utara. Bidang peminatan penulis adalah manajemen keperawatan dan keperawatan dasar. Penulis saat ini mengampu mata kuliah manajemen keperawatan dan menjadi koordinator mata kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia, Keterampilan Dasar Keperawatan. Penulis juga aktif dalam publikasi ilmiah baik tingkat nasional maupun internasional.

BAB 13

Konsep Infeksi Nasokomial

Ns. Erna Masdiana, M.Kep

A. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan tempat berkumpulnya berbagai tenaga medis dalam memberikan tindakan dalam mengatasi suatu penyakit dan memberikan pelayanan. Penyakit infeksi pada manusia merupakan masalah utama kesehatan di dunia, salah satunya Negara Indonesia. Infeksi nosokomial atau *Healthcare Associated Infections* (HAIs) adalah infeksi yang terjadi di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan setelah dirawat 2 x 24 jam dimana sebelum dirawat, pasien tidak memiliki gejala tersebut. Sumber infeksi nosokomial dapat disebabkan kontak langsung antara pasien yang sedang menderita penyakit infeksi dapat menularkan penyakit yang diderita kepada pasien lain, petugas, pengunjung atau keluarga, alat-alat rumah sakit, lingkungan rumah sakit dan lain sebagainya (Purwaningsih1, 2019).

Infeksi yang terjadi ini ketika patogen menyebar ke pasien yang rentan. Dalam layanan kesehatan modern, prosedur dan pembedahan invasif, peralatan medis yang terpasang di dalam tubuh, dan perangkat prostetik berhubungan dengan infeksi ini. Infeksi nosokomial mempengaruhi sejumlah besar pasien secara global, menyebabkan peningkatan angka kematian dan dampak finansial pada sistem layanan kesehatan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa area penularan infeksi paling tinggi terjadi pada orang dewasa dan anak-anak, pasien ICU, tempat penitipan neonatus dan kemudian tempat penitipan bayi.

Jumlah pasien yang terkena infeksi di rumah sakit AS pada tahun 2015 adalah 687.200 jiwa (Sikora, 2023)

Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit AS melaporkan bahwa hampir 1,7 juta pasien yang dirawat di rumah sakit setiap tahun mendapat penularan infeksi nosokomial saat dirawat dan lebih dari 98.000 pasien ini (satu dari 17) meninggal karena infeksi nosokomial. Dari setiap 100 pasien yang dirawat di rumah sakit, tujuh di negara maju dan sepuluh di negara berkembang dapat tertular infeksi nosokomial. Penelitian lain yang dilakukan di negara-negara berpenghasilan tinggi menemukan bahwa 5% -15% pasien yang dirawat di rumah sakit memperoleh infeksi nosokomial. Data dari sebuah survei prevalensi terhadap 231.459 pasien dari 947 rumah sakit perawatan akut di 30 negara Eropa pada tahun 2011-2012 mengungkapkan bahwa 5,7% pasien mengalami setidaknya satu infeksi nosokomial. Namun WHO melaporkan bahwa infeksi nosokomial biasanya hanya mendapat perhatian publik ketika ada epidemi (Sardi, 2021)

Data *World Health Organization* (WHO) dan lainnya menunjukkan bahwa prevalensi tertinggi infeksi nosokomial terjadi pada intensive care unit (ICU), bangsal bedah, dan ortopedi lebih dari 30% infeksi nosokomial terjadi di ICU. Infeksi nosokomial tersering adalah infeksi pada luka operasi, infeksi saluran kemih, infeksi saluran nafas bawah, dan infeksi pada aliran darah (suarmayasa, 2023)

B. Konsep Infeksi Nosokomial

1. Pengertian infeksi Nosokomial

Nosokomial berasal dari bahasa Yunani dan terdiri dari dua kata yaitu nosos dan komeo. Nosos artinya penyakit dan komeo yang artinya merawat. Maka infeksi nosokomial atau *healthcare associated infection* (HAIs) merupakan infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit (Putri, 2023).

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang terjadi di Rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan yang dialami pasien yang dirawat selama 2x24 jam, dimana

pasien sebelum dirawat tidak memiliki gejala tersebut dan tidak ada gejala inkubasi (Purwaningsih1, 2019)

2. Batasan Infeksi Nasokomial

Infeksi nasokomial biasanya didapat setelah rawat inap bermanifestasi 48 jam setelah masuk ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan (Monegro AF, 2024)

3. Faktor Faktor Penyebab Infeksi nasokomial

Beberapa faktor yang berhubungan dengan infeksi nosokomial terhadap pasien adalah (suarmayasa, 2023)

a. Personal hygiene

Kurangnya kebersihan dalam penanganan terhadap pasien sehingga menularkan infeksi terhadap pasien tersebut atau pasien lainnya

b. Pemakaian APD (Alat Pelindung Diri)

Penggunaan Alat pelindung diri tidak sesuai standar ketentuan rumah sakit atau fasilitas kesehatan tersebut

c. Imunisasi

Riwayat pemberian imunisasi yang lengkap membantu imunitas tubuh dan tidak mudah terkena infeksi

d. Pengetahuan

Wawasan pengetahuan pasien dan perawat dalam mencegah terjadi infeksi nasokomial menurunkan tingkat penularan infeksi tersebut

e. Bakteri

Bakteri adalah patogen utama yang bertanggung jawab atas infeksi nosokomial. Bakteri dapat berasal dari sumber eksogen atau endogen (flora normal tubuh pasien). Infeksi bakteri oportunistik terjadi ketika ada gangguan fungsi sistem kekebalan tubuh.

f. Virus

Virus juga merupakan penyebab penting infeksi nosokomial. Pemantauan biasa mengungkapkan bahwa 5% dari semua infeksi nosokomial disebabkan oleh

virus. Mereka dapat ditularkan melalui rute pernapasan, melalui rute fekal-oral dan melalui darah.

g. Jamur

Jamur Selama beberapa dekade terakhir, kejadian infeksi jamur nosokomial telah meningkat secara dramatis. Peningkatan ini kemungkinan besar merupakan konsekuensi dari kemajuan dalam terapi medis dan operasi. Penggunaan yang lebih luas dari model pengobatan yang lebih agresif, seperti transplantasi stem sel hematopoietik (HSCT), transplantasi organ padat (SOT), agen kemoterapi baru, telah meningkatkan populasi pasien berusia lanjut dan pasien yang mengalami gangguan sistem kekebalan tubuh. Pasien dengan gangguan kekebalan tubuh ini sangat rentan terhadap infeksi nosokomial yang disebabkan oleh organisme seperti jamur yang sebelumnya dianggap memiliki virulensi rendah atau “nonpatogenik”. Infeksi jamur pada pasien ini seringkali parah, progresif cepat, dan sulit untuk didiagnosis atau diobati. Patogen jamur nosokomial yang dominan termasuk *Candida* spp., *Aspergillus* spp., dan beberapa jenis jamur dari kelas Zygomycetes.

4. Jenis Infeksi Nosokomial

Perawatan kesehatan modern menggunakan berbagai jenis perangkat serta prosedur untuk merawat pasien dan membantu mereka pulih. Infeksi dapat dikaitkan dengan prosedur (seperti operasi) dan perangkat yang digunakan dalam prosedur medis, seperti kateter atau ventilator. Empat jenis infeksi nosokomial yang paling umum terkait dengan perangkat atau prosedur pembedahan meliputi: (i) infeksi aliran darah primer (IADP), (ii) infeksi saluran kemih (ISK) terkait kateter. (iii) infeksi daerah operasi (IDO) dan (iv) Pneumonia terkait ventilator (VAP) (Sardi, 2021)

5. Prognosi Infeksi Nasokomial Prediksi perkembangan infeksi nasokomial yang akan terjadi terhadap seseorang yaitu (Sikora, 2023)
 - a. Kematian
 - b. Lama dirawat di Rumah sakit
 - c. Biaya yang meningkat

DAFTAR PUSTAKA

- Monegro AF, M. V. (2024). *Hospital-Acquired Infections*. 2023 Feb 12. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Purwaningsih1, S. E. (2019). *Hubungan Pengetahuan Dengan Penerapan Limawaktu*. Sulawesi Tenggara : Jurnal keperawatan.
- Putri, S. A. (2023). *Kesaadan tenaga kesehatan dalam pencegahan infeksi Nosokomial dengan prilaku mencuci tangan*. Jakarta: Fakultas Ilmu kesehatan.
- Sardi, A. (2021). *Infeksi Nosokomial: Jenis Infeksi dan Patogen Penyebabnya*. Banda Aceh: Seminar Nasional Riset Kedokteran 2 (SENSORIK) . Sikora A, Zahra F. *Infeksi Nosokomial*. [Diperbarui 27 April 2023]. Di: StatPearls [Internet]. Pulau Harta Karun (FL): Penerbitan StatPearls; 2024 Januari- Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559312/>
- Suarmayasa. (2023). *buku pedoman pencegahan infeksi*. surabaya: salemba.

BIODATA PENULIS



Ns. Erna Masdiana M.Kep lahir di Buloh Blang Ara , pada 13 Nopember 1982. Menyelesaikan pendidikan S1 Ners di STIKes Muhammadiyah Lhokseumawe dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan AKademi keperawatan Iskandar Muda Lhokseumawe

BAB 14

Kejadian Tidak diharapkan (KTD) dalam Sistem Pasien Safety

Johana Tuegeh S.Pd.SSiT,M.Kes

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien/ klien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis accident, kemampuan belajar dari accident dan tindaklanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Dep Kes RI, 2006).

Keselamatan pasien telah diakui di banyak negara, dengan kesadaran global dipupuk oleh Aliansi Dunia untuk Keselamatan Pasien dari WHO (Emanuel, 2008).

Keselamatan pasien merupakan hak pasien, pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama masa perawatan di rumah sakit. UU No 36/2009 Pasal 53 tentang kesehatan menyatakan bahwa pelaksanaan pelayanan Kesehatan harus mendahulukan nyawa pasien.

Keselamatan merupakan prinsip dasar dalam pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu. (WHO, 2004 dalam Lumenta, 2011).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017, keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman,

Keselamatan pasien (patient safety) merupakan tanggung jawab dari tenaga kesehatan termaksud perawat dalam rangka mengurangi fenomena medical error.

Sangatlah penting sebagai seorang perawat memahami tentang konsep patient safety, sehingga pada saat melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penetapan diagnose keperawatan, intervensi, melakukan tindakan serta evaluasi tidak terjadi medical error.

Salah satu Tujuan dari manajemen patient safety adalah Menurunnya KTD di Rumah Sakit, dan Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

B. Kejadian Tidak Diharapkan

1. Pengertian

- a. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien sedangkan KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius disebut Kejadian sentinel.
- b. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / Adverse Event adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (“commission”) atau karena tidak bertindak (“omission”), bukan karena “underlying disease” atau kondisi pasien.

2. Contoh contoh KTD

- a. Pasien yang diberikan obat A dengan dosis lebih karena kesalahan saat membaca dosis obat pada resep sehingga pasien mengeluhkan efek samping dari obat tersebut.
- b. Instalasi kamar operasi: Insiden kesalahan identifikasi pasien ,kesalahan jenis operasi, kesalahan posisi, tertinggalnya kain kasa, tertinggalnya instrument, operasi tanpa spesialis anestesi, operasi dengan kekurangan darah,perluasan operasi, komplikasi anastesi karena overdosis,kesalahan diagnosis pra operasi
- c. Kesalahan transportasi pasien

3. Pencegahan Terjadinya KTD

Elder dan Dovey (2002), membuat system klasifikasi kesalahan dalam pelayanan kesehatan yang seharusnya dapat dicegah terkait dengan pelayanan primer dan kesalahan dalam proses, adalah;

- a. Klasifikasi kesalahan pada pelayanan primer, meliputi;
 - 1) Terkait dengan diagnosis salah mendiagnosis dan tertunda mendiagnosis.
 - 2) Pengobatan; salah obat, salah dosis, tertunda administrasi, tanpa administrasi, sedangkan non-obat; ketidaktepatan, terlambat, dihilangkan, komplikasi.
 - 3) Pelayanan pencegahan ;terlambat, ditiadakan, komplikasi.
- b. Klasifikasi kesalahan pada proses:
 - 1) Faktor dokter; kesalahan penilaian klinis, kesalahan prosedur keterampilan,
 - 2) Faktor perawat; kesalahan komunikasi dan kesalahan prosedur keterampilan,
 - 3) Kesalahan komunikasi; dokter-pasien, dokter-dokter atau sistem dan personil pelayanan kesehatan lainnya,
 - 4) Faktor administrasi; dokter, farmasi, perawat, terapi fisik, terapi pekerjaan, pengaturan kantor.
 - 5) Faktor akhir; pribadi dan masalah keluarga, dokter, perawat dan staf, peraturan perusahaan asuransi, peraturan pemerintah, pembiayaan, fasilitas dan lokasi praktek, dan sistem umum pelayanan kesehatan.

4. Program Keselamatan Pasien

Dalam mewujudkan tujuan Program Keselamatan Pasien ditetapkan goalnya dalam *International Patient Safety Goal*, The JCI yang terdiri dari:

a. Identifikasi pasien yang benar

Banyak insiden keselamatan pasien yang terjadi dikarenakan identifikasi pasien yang tidak benar. Di

rumah sakit banyak pasien yang dirawat mungkin akan ada lebih dari satu pasien dengan nama yang sama. Untuk itulah pentingnya dilakukan identifikasi pasien yang benar. Berbagai kondisi dan keadaan pasien dapat menyebabkan terjadinya kesalahan identifikasi. Identifikasi pasien sangat penting dalam tindakan medis/perawatan untuk mencegah terjadinya kesalahan tindakan sehingga identitas harus jelas. Identifikasi pasien harus lebih dari dua identitas berupa sebutan, nama, nomor register, nomor RM, umur, tanggal lahir, riwayat alergi dan harus menempel pada pasien, tidak pada tempat tidur atau dinding. Ruangan kamar pasien tak boleh digunakan sebagai identitas. Untuk lebih meningkatkan identifikasi pasien ini diperlukan adanya suatu Standar Prosedur Operasional (SPO) atau kebijakan, sehingga error yang terjadi karena kesalahan identifikasi dapat di hindari.

b. Tingkatkan Komunikasi yang efektif

Komunikasi dalam pelayanan kesehatan mempunyai andil yang sangat besar. Dalam praktek pelayanan kesehatan, alih tanggung jawab melalui komunikasi baik secara langsung maupun tak langsung antar pemberi pelayanan maupun penerima pelayanan. Dalam sehari terjadi tidak kurang dari satu juta proses komunikasi terjadi dalam pelayanan. Untuk memperoleh data klinis, orang dokter akan melakukan serangkaian proses pelayanan yang banyak melibatkan petugas. Kesalahan dalam proses alih informasi dapat mengakibatkan kesalahan dan dapat menciderai pasien, terutama apabila pesan yang disampaikan secara tidak jelas dan akurat. Informasi yang tidak akurat dalam alih informasi dapat menimbulkan kesalahan dan KTD. Berdasarkan laporan *Agency for Health Research and Quality (AHRQ 2003)* terdapat 65% KTD yang akar masalahnya adalah komunikasi. Melihat masalah ini maka *The Join*

Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) National Patient Safety Goal telah menetapkan komunikasi efektif sebagai salah satu strategi untuk mengurangi KTD dalam pelayanan kesehatan.

- c. Tingkatkan keamanan untuk pemberian obat yang berisiko tinggi

Medication error adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang menyebabkan penggunaan obat tidak sesuai yang diharapkan dan bahkan membahayakan pasien. Hal ini dapat dilakukan oleh dokter, petugas farmasi, perawat ataupun pasien dan keluarga pasien. Pelayanan kesehatan mengenal banyak sekali jenis dan macam obat – obatan dengan kemasan ataupun nama yang mirip. Hal ini yang sering kali menyebabkan terjadinya *error*.

Untuk meningkatkan keamanan pemberian obat yang berisiko tinggi maka dibuat suatu ketentuan dalam penyimpanan dan pengelolanya. Terutama obat-obatan yang tampak maupun terdengar mirip. *Medication error* atau kesalahan pengobatan dapat terjadi dari permintaan resep sampai pemberian obat untuk diminum. Menyiapkan dan memberikan obat pun terdapat satu perlakuan khusus agar tidak terjadi kekeliruan yang dapat mencederai pasien maupun tenaga kesehatan sendiri. Untuk itu dalam pelaksanaannya petugas kesehatan harus tahu obat-obat yang terdengar atau tampak mirip.

- d. Eliminasi salah sisi, salah pasien, salah prosedur operasi.

Bidang pelayanan bedah adalah merupakan bagian pelayanan yang lebih sering menimbulkan cedera medis dan komplikasi dibandingkan bagian lain. Hal ini berhubungan dengan adanya persepsi pelayanan bedah berhubungan dengan cedera atau operasi atau luka yang akan menimbulkan risiko

komplikasi pasca operasi / pembedahan. Perawatan bedah sarat dengan risiko komplikasi dan kejadian yang tidak diharapkan dapat terjadi sebagai bagian dari risiko tindakan operasi. Dalam praktiknya sulit untuk membedakan apakah cedera medis yang dialaminya pasien termasuk komplikasi atau KTD. Komplikasi atau KTD yang terjadi berkaitan pelayanan bedah ini dapat dilihat dari dua aspek yaitu, yang bersifat dapat dihindari (*Avoidable/ preventable*). Komplikasi yang bersifat dapat dihindari dikategorikan sebagai *medical error* karena terjadi akibat kesalahan dari pemberi pelayanan, sedangkan komplikasi yang tak dapat dihindari terkait dengan penyakit pasien.

e. Reduksi risiko nosokomial

Infeksi nosokomial di setiap rumah sakit adalah suatu masalah yang menjadi prioritas utama dalam penanganannya. Berbagai macam penyakit bisa didapatkan dari infeksi silang selama di rumah sakit. Kontributor utama yang berperan yang berperan dalam menularkan infeksi ini adalah para petugas kesehatan sendiri.

Bila ditelaah lebih jauh untuk pencegahan infeksi nosokomial ini sebenarnya banyak cara-cara sederhana yang dapat dilakukan. Seperti tindakan mencuci tangan yang dilakukan dengan benar. seperti ng diungkapkan oleh WHO, yaitu "*Clean care is safer care getting your hands on a culture of safety*" yg artinya "Perawatan aman adalah perawatan yang bersih, dimulai dari tanganmu untuk membudayakan keselamatan"

f. Reduksi risiko cedera dari jatuh

Dalam praktek pelayanan kesehatan terdapat berbagai macam kasus penyakit dan keadaan pasien. Tiap-tiap pasien adalah suatu pribadi yang unik dengan berbagai kelainan dan kekhasan masing-masing. Dalam hal kasus penyakit terdapat juga berbagai macam

kondisi pasien yang akan berpengaruh terhadap pelayanan dan perawatan yang diberikan sarat resiko yang mungkin terjadi. Salah satu resiko yang mungkin timbul adalah pasien jatuh. Untuk mengantisipasi dan mencegah terjadinya cedera karena pasien jatuh maka perlu dilakukan pengkajian ulang secara berkala mengenai resiko pasien jatuh, termasuk resiko potensial yang berhubungan dengan jadwal pemberian obat serta mengambil tindakan untuk mengurangi semua resiko yang telah diidentifikasi tersebut. Pengkajian ini telah dapat dilaksanakan sejak pasien mulai mendaftar.

DAFTAR PUSTAKA

- Adventus, dkk, Buku Modul Manajemen Pasien Safety, Jakarta, Apeil 2019.
<http://repository.uki.ac.id/2730/1/BUKUMODULMANAJEMENPASIENSAFETY.pdf>
- Tutiany, dkk, Bahan Ajar Keperawatan Manajemen Keselamatan Pasien, Kemenkes, 2017
- Butar Butar, C, Permasalahan yang terjadi di RS terkait keselamatan pasien,
<file:///C:/Users/User/Downloads/PERMASALAHAN%20YANG%20TERJADI%20DI%20RUMAH%20SAKIT%20TERKAIT%20KESELAMATAN%20PASIEN.pdf>
- Contoh Daftar Identifikasi Insiden Keselamatan Pasien Yang harus dilaporkan setiap RS, <https://www.scribd.com/document/164777561/IKP-Yg-Harus-Dilaporkan>
- Belajar Kenal “Keselamatan Pasien,
<https://rsudza.acehprov.go.id/tabloid/2018/09/26/belajar-kenal-keselamatan-pasien>

BIODATA PENULIS



Johana Tuegeh,SPd,SSiT,MKes. Lahir di Lembean, 27 Desember 1963. Lulusan dari : AKPER DepKes Manado, IKIP Negeri Manado, D-IV Perawat Pendidik Peminatan KMB Faked UNHAS Makassar dan S2 UNSRAT Manado. Johana Tuegeh sebagai dosen di AKPER DepKes Manado sejak Tahun 1989 kemudian beralih menjadi Poltekkes Kemenkes Manado sampai sekarang.

BAB 15

Monitoring dan Evaluasi Pasien Safety

Dr Siang Br Tarigan, SPd, SKep, Ners, MKes

A. Pendahuluan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien di Rumah Sakit. Peraturan ini menjadi tonggak utama operasionalisasi keselamatan pasien di rumah sakit seluruh Indonesia. Banyak rumah sakit di Indonesia yang telah berupaya membangun dan mengembangkan keselamatan pasien, namun upaya tersebut dilaksanakan berdasarkan pemahaman manajemen terhadap keselamatan pasien. Peraturan menteri ini memberikan panduan bagi manajemen Rumah Sakit agar dapat menjalankan spirit keselamatan pasien secara utuh

Keselamatan menjadi isu global dan terangkum dalam 5 isu penting yang terkait di rumah sakit yaitu keselamatan pasien, keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas. Keselamatan lingkungan yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan bisnis rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit.

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit. 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, 2011).

Standar keselamatan pasien dipakai sebagai acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera. Standar budaya keselamatan pasien ini mencakup hak sebagai pasien, mendidik kepada pasien dan keluarga pasien, keselamatan pasien dan kesinambungan terhadap pelayanan kesehatan, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, komunikasi merupakan peningkatan budaya kerja dalam melakukan Monitoring evaluasi dan program peningkatan budaya keselamatan kepada pasien (Morello, 2014).

Rumah Sakit harus mampu memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, serta sumber daya manusia yang ada titik paradigma baru dalam sistem akreditasi KARS versi 2012, mengarahkan seluruh kegiatan pelayanan rumah sakit agar mampu memberikan pelayanan yang memenuhi standar kualitas serta jaminan rasa aman dan perlindungan terhadap dampak pelayanan yang diberikan dalam rangka pemenuhan hak-hak masyarakat akan pelayanan yang berkualitas serta aman.

Upaya yang dapat dilakukan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah dengan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan sebuah aspek yang menentukan kualitas pelayanan sebuah institusi kesehatan. Keberhasilan institusi ini tidak saja tercermin melalui indikator capaian kinerja finansial dan tingkat kepuasan pelanggan, tetapi juga melalui seberapa institusi tersebut mengedepankan keselamatan pasien sebagai sebuah budaya titik Rumah Sakit memerlukan informasi mengenai sejauh mana keselamatan pasien sudah menjadi prioritas dan

sejauh mana penerapan standar keselamatan pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan.

Budaya keselamatan pasien adalah produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, style dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien. Jika suatu organisasi pelayanan kesehatan tidak mempunyai budaya keselamatan pasien maka kecelakaan bisa terjadi akibat dari kesalahan laten, gangguan psikologis dan fisiologis pada staff penurunan produktivitas, berkurangnya kepuasan pasien dan menimbulkan konflik internal (Kemenkes, 2017).

Sasaran keselamatan pasien dalam peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017, meliputi tercapainya hal-hal: mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan dan mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh (Kemenkes, 2017). Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri atas: membangun kesadaran akan nilai kesamaan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dan mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien (Kemenkes, 2017).

Monitoring dan evaluasi pasien safety sangat perlu dilakukan untuk mengukur keselamatan pasien bukan semata-mata mengukur bahaya yang terjadi pada pasien. Menilai keselamatan dengan apa yang telah terjadi di masa lampau, meskipun informatif, tidak dengan sendirinya memberitahu betapa bahagiannya saat ini atau akan berada di masa depan. Keselamatan berkaitan dengan berbagai cara dimana sistem dapat gagal berfungsi, yang tentunya jauh lebih banyak

daripada mode fungsi yang dapat diterima. Beberapa kegagalan ini mungkin sudah tidak asing lagi, bahkan dapat diprediksi, namun sistem ini mungkin juga tidak berfungsi dengan cara yang tidak terduga. Keselamatan sebagian dicapai dengan waspada terhadap gangguan, merespon dengan cepat untuk menjaga agar tetap berjalan lancar. Dokter, perawat maupun manajer keperawatan melakukan perawatan kesehatan kepada pasien sepanjang waktu, mungkin lebih besar daripada industri lainnya.

B. Konsep Monitoring dan Evaluasi Pasien Safety

1. Pengertian monitoring dan evaluasi

Monitoring adalah proses pengumpulan dan analisis informasi berdasarkan indikator yang ditetapkan secara sistematis dan terus menerus (*continue*) tentang kegiatan atau program sehingga dapat dilakukan tindakan koreksi untuk penyempurnaan program atau kegiatan. Monitoring juga merupakan pemantauan yang dapat dijelaskan sebagai kesadaran (*awareness*) tentang apa yang ingin diketahui, pemantauan dengan tingkat tinggi dilakukan agar dapat membuat pengukuran melalui waktu yang menunjukkan pergerakan kearah tujuan. Proses monitoring juga dapat diartikan sebagai proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan secara objektif (Widiastuti dan Susanto, 2012).

Evaluasi adalah rangkaian kegiatan membandingkan realisasi masukan, keluaran, dan hasil terhadap rencana dan standar (Yumiari, 2017). Evaluasi merupakan suatu proses untuk menentukan relevansi, efisiensi, efektivitas dan dampak kegiatan program atau proyek yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai serta sistematis dan objektif. Evaluasi juga diartikan sebagai pengukuran dari konsekuensi yang dikehendaki dan tidak dikehendaki dari suatu tindakan yang telah dilakukan dalam rangka mencapai beberapa tujuan yang akan dinilai (Hendrawan, 2009).

2. Tujuan Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi bertujuan memberikan gambaran lengkap tentang implementasi program, terutama untuk mengetahui ketercapaian dari pelaksanaan program dan mengetahui kekuatan, kelemahan, peluang dan hambatan yang terjadi sehingga Informasi ini berguna bagi pengambil keputusan untuk melakukan penyesuaian dan perbaikan guna mencapai target yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien (Kemdikbud, 2013).

3. Indikator pengukuran keselamatan pasien

Indikator adalah sesuatu yang dapat memberikan petunjuk atau keterangan dalam pencapaian program secara spesifik yang dapat dijadikan ukuran untuk mengetahui ketercapaian suatu tujuan. Indikator pengukuran keselamatan pasien merupakan ukuran yang digunakan untuk mengetahui tingkat keselamatan pasien selama dirawat di rumah sakit.

Secara umum indikator pengukuran keselamatan pasien terdiri dari 2 jenis, yaitu:

a. Indikator tingkat rumah sakit (hospital level indicator)

Mengukur potensi komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah saat pasien mendapatkan berbagai tindakan medis di rumah sakit. Mencakup kasus- kasus yang merupakan diagnosis sekunder akibat terjadinya resiko pasca tindakan medis.

b. Indikator tingkat area

Indikator yang mencakup semua resiko komplikasi akibat tindakan medis yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (Kabupaten/ Kota).

Indikator ini mencakup diagnosis utama maupun sekunder.

4. Dimensi pengukuran dan pemantauan keselamatan pasien

Menurut Vincent, dan Cartney (2013) dimensi pengukuran dan pemantauan keselamatan dikelompokkan menjadi 5 dimensi:

a. Kerusakan masa lalu: mencakup tindakan psikologis

- dan fisik
 - b. Keandalan: mencakup ukuran perilaku dan sistem
 - c. Sensitivitas: informasi dan kapasitas untuk memantau keselamatan setiap jam atau setiap hari
 - d. Antisipasi: kemampuan mengantisipasi, dan bersiap menghadapi masalah
 - e. Integrasi dan pembelajaran: kemampuan untuk merespon dan memperbaiki, informasi keselamatan
5. Waktu & pelaksanaan monitoring dan evaluasi

Waktu monitoring pada tingkat manajemen lokal dilakukan secara intensif setiap minggu, sedangkan untuk tingkat manajemen pusat manajemen keselamatan pasien dilakukan setiap pelaksanaan kegiatan yang disesuaikan dengan kebutuhan (Ardana, 2015).

Pelaksanaan proses monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, yaitu:

- a. Monitoring 6 sasaran keselamatan pasien menggunakan indikator mutu, pengambilan data dilakukan oleh petugas yang ada di mutu unit, kemudian dimasukkan ke sistem informasi
- b. Monitoring 7 langkah menuju keselamatan pasien dan 12 dimensi keselamatan pasien dengan melakukan survei pada seluruh lingkup penerapan keselamatan pasien
- c. Petugas menyiapkan kebutuhan survei
- d. Petugas monitoring dan survei merupakan penanggung jawab dalam pengambilan dan pengumpulan data pada setiap unit
- e. Komite mutu dan keselamatan pasien sebagai petugas analisa data
- f. Petugas membuat laporan pelaksanaan kegiatan
- g. Melakukan survei budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner seperti Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPC), dan disesuaikan dengan kondisi Rumah Sakit

- h. Data yang sudah dianalisa jika hasilnya sudah baik maka dipertahankan atau catatan untuk ditingkatkan, namun apabila dinilai hasil program keselamatan pasien masih kurang perlu melakukan tindak lanjut perbaikan
6. Hal-Hal yang Dimonitoring dan Evaluasi
- Hal-hal yang dimonitoring dan evaluasi (Soebandi, 2016):
- a. Budaya keselamatan pasien
 - b. Pendidikan dan pelatihan
 - c. Leadership
 - d. Pelaporan
 - e. Standar
 - f. Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien (Patient Safety Goals).

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu kondisi di mana budaya organisasi mendukung dan mempromosikan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merujuk pada keyakinan nilai dan norma-norma yang ditunjukkan oleh praktisi pelayanan kesehatan dan staf lain dalam suatu organisasi yang mempengaruhi tindakan dan sikapnya. Budaya keselamatan pasien merupakan suatu yang bisa diukur dengan cara menghargai apa yang dilakukan oleh pegawai, dukungan yang diberikan dan penerimaan dari organisasi terhadap sesuatu yang terkait dengan keselamatan pasien (Sorra at all., 2016).

Menurut The health foundation, 2011 budaya keselamatan berkaitan dengan sejauh mana organisasi memprioritaskan dan mendukung peningkatan keselamatan dengan aman. Organisasi dengan budaya keselamatan positif memiliki komunikasi atas dasar saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan, keyakinan pada efektivitas langkah-langkah pencegahan, dan dukungan bagi tenaga kerja.

7. Kriteria monitoring keselamatan pasien

Ketetapan yang telah dibuat Kementria Kesehatan terdapat beberapa kriteria monitoring dan evaluasi padapelayanan kesehatan.

a. Di Rumah Sakit

- 1) Rumah sakit disarankan membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, dengan susunan organisasi yang diketuai oleh dokter, dengan anggota dokter, dokter gigi, perawat, tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya.
- 2) Rumah sakit mampu mengembangkan system informasi pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden
- 3) Rumah sakit bisa melakukan pelaporan insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) secara rahasia
- 4) Rumah sakit mampu memenuhi standar keselamatan pasien rumah sakit dan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit
- 5) Rumah sakit pendidikan mengembangkan standar pelayanan medis berdasarkan hasil dari analisis akar masalah dan sebagai tempat pelatihan standar- standar yang baru dikembangkan

b. Di Provinsi/ Kabupaten/ Kota

- 1) Melakukan advokasi program keselamatan pasien ke rumah sakit – rumah sakit di wilayahnya
- 2) Melakukan adcoasi program ke pemerintah daerah agar tersedianya dukungan anggaran terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit
- 3) Melakukan pembinaan pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit

c. Di Pusat

- 1) Membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dibawah pimpinan Rumah Sakit Seluruh

Indonesia

- 2) Menyusun panduan nasional tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - 3) Melakukan sosialisasi dan advokasi program keselamatan pasien di Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/ Kota, PERSI Daerah dan rumah sakit Pendidikan
 - 4) Mengembangkan laboratorium uji coba program keselamatan pasien
8. Pencatatan Dan Pelaporan
- a. Di Rumah Sakit
 - 1) Setiap unit kerja di rumah sakit mencatat semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian Sentinel) pada formulir yang sudah disediakan oleh rumah sakit.
 - 2) Setiap unit kerja di rumah sakit melaporkan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian Sentinel) kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada formulir yang sudah disediakan oleh rumah sakit.
 - 3) Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit menganalisis akar penyebab masalah semua kejadian yang dilaporkan oleh unit kerja.
 - 4) Berdasarkan hasil analisis akar masalah maka Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit merekomendasikan solusi pemecahan dan mengirimkan hasil solusi pemecahan masalah kepada Pimpinan rumah sakit
 - 5) Pimpinan rumah sakit melaporkan insiden dan hasil solusi masalah ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) setiap terjadinya insiden dan setelah melakukan analisis akar masalah yang bersifat rahasia.

- 6) Pimpinan rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi pada unit kerja-unit di rumah sakit, terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien di unit kerja
- b. Di Propinsi Dinas Kesehatan Propinsi dan PERSI Daerah
 - 1) Menerima produk-produk dari Komite Keselamatan Rumah Sakit
 - 2) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit di wilayah kerjanya.
- c. Di Pusat
 - 1) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) merekapitulasi laporan dari rumah sakit dan menjaga kerahasiannya.
 - 2) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan analisis hasil analisis yang telah dilakukan oleh rumah sakit.
 - 3) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan analisis laporan insiden.bekerja sama dengan rumah sakit pendidikan dan rumah sakit yang ditunjuk sebagai laboratorium uji coba keselamatan pasien rumah sakit.
 - 4) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan sosialisasi hasil analisis dan solusi masalah ke Dinas Kesehatan Propinsi dan PERSI Daerah, rumah sakit terkait dan rumah sakit lainnya.
 - 5) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Keselamatan Pasien Rumah Sakit di rumah sakit - rumah sakit
9. Hambatan dalam monitoring dan evaluasi

Monitoring dan evaluasi merupakan suatu proses yang penting dalam peningkatan keselamatan pasien untuk mencapai mutu pelayanan yang baik dan berkualitas.

Namun, dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi masih kemungkinan terdapatnya suatu hambatan dalam proses pelaksanaannya.

Hambatan dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi, diantaranya yaitu:

- a. Kurangnya kesadaran akan pentingnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi untuk memperbaiki suatu kinerja
 - b. Kurangnya kemampuan staff dalam menyusun indicator serta perencanaan, sehingga menyulitkan proses pelaporan, monitoring dan evaluasi
 - c. Rendahnya kualitas data atau tidak adanya data dan informasi
 - d. Belum optimalnya audit kinerja oleh petugas atau komite penjamin mutu
 - e. Rendahnya kualitas rekomendasi atau tindak lanjut perbaikan
 - f. Rendahnya peran serta dalam memfasilitasi dan pengawasan kinerja
 - g. Ketidakjelasan mekanisme pengawasan
 - h. Rendahnya diseminasi pelaporan
10. Langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit

Monitoring dan evaluasi (monev) merupakan bagian integral dari perencanaan. Proses perencanaan keselamatan pasien harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan factor-factor lain yang berpotensi resiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit”

Uraian tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan (2011), sebagai berikut:

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

- b. Memimpin Dan Mendukung Staff Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit.
- c. Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Resiko Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
- d. Mengembangkan Sistem Pelaporan Memastikan staf dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- e. Melibatkan Dan Berkomunikasi Dengan Pasien Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- f. Belajar Dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
- g. Mencegah Cidera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien, dapat menimbulkan risiko keselamatan pasien yang begitu besar. Keselamatan pasien adalah proses dalam fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pasien secara aman. Standar budaya keselamatan pasien ini mencakup hak sebagai pasien, mendidik kepada pasien dan keluarga pasien, keselamatan pasien dan kesinambungan terhadap pelayanan kesehatan, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, komunikasi merupakan peningkatan budaya kerja dalam melakukan Monitoring evaluasi dan program peningkatan budaya keselamatan kepada pasien . Budaya keselamatan pasien merupakan suatu kondisi di mana budaya organisasi mendukung dan

mempromosikan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merujuk pada keyakinan nilai dan norma-norma yang ditunjukkan oleh praktisi pelayanan kesehatan dan staf lain dalam suatu organisasi yang mempengaruhi tindakan dan sikapnya. Menilai keselamatan dengan apa yang telah terjadi di masa lalu, meski informatif, tidak dengan sendirinya memberitahu betapa bahagiannya saat ini atau akan berada di masa depan. Keselamatan berkaitan dengan berbagai cara dimana sistem dapat gagal berfungsi, yang tentunya jauh lebih banyak daripada mode fungsi yang dapat diterima.

Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan di rumah sakit maka pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit sangatlah penting. Melalui kegiatan ini diharapkan terjadi penekanan / penurunan insiden sehingga dapat lebih meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit di Indonesia. Program Keselamatan Pasien merupakan never ending proses, karena itu diperlukan budaya termasuk motivasi yang cukup tinggi untuk bersedia melaksanakan program keselamatan pasien secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Monitoring dan evaluasi dilaksanakan minimal satu tahun satu kali.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardana, Riuh. 2015. *Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Kerjasama*. Tersedia di: www.scribd.com (Diakses pada: 26 September 2017).
- Hendrawan, MF. 2009. *Evaluasi*. Tersedia di: repository.ipb.ac.id (Diakses pada: 26 Spetember 2017).
- Kemdikbud. 2013. *Petunjuk Teknik Monitoring dan Evaluasi*. (Tersedia di: paud.kemdikbud.go.id (Diakses pada: 26 September 2017).
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017.
- Soebandi. 2016. *Instrumen Monitoring dan Evaluasi Program Patient Safety*. Tersedia di: www.scribd.com (Diakses pada: 26 September 2017).
- Widiastuti dan Susanto. 2012. *Kajian Sistem Monitoring Dokumen Akreditasi Teknik Informatika Unikom*. Tersedia: jurnal.unikom.ac.id (Diakses pada: 26 September 2017).
- WinarAsih, Ratna. 2012. *Program Praktis Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Tersedia di: www.scribd.com (Diakses pada: 26 September 2017).
- Yumiari, Mulyono. 2017. *Strategi Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Anggaran*. Yogyakarta: Deepublish

BIODATA PENULIS



Dr Siang Br Tarigan, SPd, SKep, Ners, MKes,
Lahir di Berastagi, pada tanggal 20 Desember 1972, Menyelesaikan Pendidikan S1 di Stikes SU, S2 di Fakultas Promosi Kesehatan Sumatera Utara dan S3 di Trinity University Of Asia Philipines. Saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan

BAB 16

Sasaran Keselamatan Pasien

Suardi Zurimi, S.ST.,M.KKK.

A. Pendahuluan

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS- PERSI) dan dari Joint Commission International (JCI).

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik untuk menunjang keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Penerapan sistem keselamatan pasien yang baik di rumah sakit dilakukan 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).

B. Sasaran Keselamatan Pasien

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.

Adapun sasaran keselamatan pasien (*patient safety*) menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, ada 6 sasaran keselamatan pasien, antara lain :

1. Ketepatan Identifikasi Pasien
2. Peningkatan Komunikasi Efektif
3. Peningkatan Keamanan Obat Yang Harus Diwaspadai (*High Alert*)
4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Pembedahan
5. Pengurangan Resiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan
6. Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

Selain dari standar keselamatan, ada lagi yang menjadi poin penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien yaitu sasaran keselamatan pasien atau Patient Safety Goals. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh komisi akreditasi rumah sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRSI), dan Joint Commission International (JCI).

Menurut Joint Commission International (2013) terdapat enam sasaran keselamatan pasien, antara lain :

1. Identifikasi Pasien
 - a. Definisi Identifikasi

Pasien Identifikasi merupakan penerapan atau penentu atau ciri - ciri atau keterangan lengkap seseorang (Hamzah, 2008). Identifikasi pasien adalah suatu upaya atau usaha yang dilakukan dalam sebuah pelayanan kesehatan sebagai suatu proses yang bersifat konsisten, prosedur yang memiliki kebijakan atau telah disepakati, diaplikasikan sepenuhnya, diikuti dan dipantau untuk mendapatkan data yang akan digunakan dalam meningkatkan proses identifikasi (Joint Commission International, 2007).

Identifikasi pasien dilakukan menggunakan gelang identitas/ pengenal. Semua pasien rawat inap, IGD, dan yang akan menjalani suatu prosedur harus diidentifikasi dengan benar saat masuk rumah sakit dan selama masa perawatannya. Identifikasi pasien dilakukan menggunakan 3 (tiga) data yaitu **nama pasien, tanggal lahir, dan nomor Rekam Medik**. Proses diidentifikasi pasien dilakukan 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 katektisasi jantung ataupun tindakan radiologi diagnostik)
- 4) Menyajikan makanan pasien penggunaan tiga identitas juga digunakan dalam pelabelan, misalnya, sampel darah dan sampel patologi, nampan makanan pasien, label ASI yang disimpan untuk bayi yang baru dirawat di rumah sakit, serta identifikasi pada situasi khusus (pasien koma, bayi baru lahir yang segera diberi nama dan keadaan gawat darurat).

b. Maksud dan Tujuan Identifikasi Pasien

Rumah sakit terus mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian dalam melakukan identifikasi pasien. Sasaran keselamatan pasien (SKP) bertujuan untuk mendorong peningkatan spesifik dalam keselamatan pasien, menjadi salah satu area bermasalah dalam pemberian pelayanan kesehatan dan menguraikan solusi atas permasalahan ini. Adapun usaha yang dilakukan yaitu dengan menerapkan sasaran keselamatan pasien. Identifikasi pasien menjadi salah satu bagian dari enam sasaran keselamatan pasien yang sangat penting dalam keberhasilan serta dalam mencegah masalah-masalah yang timbul akibat kesalahan tindakan, pemberian obat, dan pelayanan yang diberikan.

c. Elemen Identifikasi Pasien

Dalam mengidentifikasi pasien terdapat beberapa elemen penilaian antara lain:

- 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomer kamar atau lokasi pasien
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah

- 3) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
- 4) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan atau prosedur
- 5) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

d. Strategi dalam Identifikasi Pasien

Kegagalan yang sering terjadi pada saat melakukan identifikasi pasien akan mengarah kepada tindakan dalam pemberian obat, pelaksanaan prosedur, pemeriksaan klinis pada orang yang salah. Dalam rangka meminimalkan risiko tersebut WHO Collaborating Center for Patient Safety Solutions menerbitkan Sembilan solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit (World Health Organization, 2007), dimana pada solusi ke dua adalah identifikasi pasien.

Strategi yang ditawarkan dalam identifikasi pasien yaitu:

- 1) Pastikan bahwa organisasi kesehatan memiliki sistem identifikasi pasien
 - a. Menekankan bahwa tanggung jawab perawat sebelum melakukan perawatan, pengobatan, pengambilan specimen atau pemeriksaan klinis harus memastikan identitas pasien secara benar.
 - b. Mendorong penggunaan setidaknya dua identitas (nama dan tanggal lahir)
 - c. Standarisasi pendekatan untuk identifikasi pasien antara fasilitas yang berbeda dalam sistem perawatan kesehatan
 - d. Menyediakan protokol yang jelas untuk mengidentifikasi pasien dan untuk membedakan identitas pasien dengan nama yang sama
 - e. Mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam semua tahapan proses perawatan di rumah sakit
 - f. Mendorong pemberian label pada wadah yang digunakan untuk pengambilan darah dan specimen lainnya
 - g. Menyediakan protokol yang jelas untuk menjaga identitas sampel pasien pada pra- analitis, analitis dan proses pasca analitis.
 - h. Menyediakan protokol yang jelas untuk mempertanyakan hasil laboratorium atau temuan tes

lain ketika mereka tidak konsisten dengan riwayat klinis pasien

- i. Menyediakan pemeriksaan berulang dan review dalam rangka untuk mencegah multiplikasi otomatis dari kesalahan entry pada computer.
- 2) Memasukkan ke dalam program pelatihan atau orientasi tenaga kesehatan tentang prosedur pemeriksaan/ verifikasi identitas pasien.

b. Akibat Kesalahan Identifikasi Pasien

Kesalahan identifikasi pasien adalah adanya ketidakcocokan antara pasien yang terkait dengan identifikasi pasien yang akan mendapatkan pelayanan atau perawatan. Kesalahan identifikasi memiliki potensi untuk menimbulkan kejadian adverse events atau kejadian tidak diharapkan (KTD), near miss atau kejadian nyaris cidera (KNC), kejadian potensi cidera (KPC), dan kejadian tidak cidera (KTC) (Australian on Safety and Quality in Health Care, 2008).

2. Komunikasi Efektif Keselamatan Pasien

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh resipien/penerima pesan, yang akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis dan elektronik. Metode formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap (Daud, 2020).

Dikatakan efektif, apabila pesan disampaikan dan dipahami serta tidak terdapat miskomunikasi pada saat melakukan perintah / tindakan.

Untuk mencapai sasaran keselamatan pasien dibutuhkan 3 sasaran yang harus dipenuhi, antara lain :

- a. Adanya konsultasi antara perawat dengan dokter
- b. Bila nilai kritis keluarga segera dilakukan tindakan
- c. Timbang terima atau pertukaran *shift*

Adapun Metode Komunikasi efektif keselamatan pasien, antara lain :

a. Speak Up

Salah satu cara berkomunikasi untuk menyelamatkan pasien, namun seringkali profesi perawat terkadang ragu

menyampaikan keluhan yang dirasakan. Manajer yang menangani perawatan berperan utama mempengaruhi staf untuk speak up (Hu & Broome, 2020). Pemahaman mengenai relasi perilaku manajer dan pandangan tenaga kesehatan, apakah speak up itu aman dan memiliki manfaat masih minim (Etchegaray et al., 2020; Lee et al., 2018).

b. I S B A R

Komunikasi ISBAR merupakan komunikasi efektif dalam pelaksanaan pelaporan perawat. Bentuk komunikasi:

- 1) I (Introduction)
- 2) Fase Kerja (perawat shift sebelumnya dan perawat shift selanjutnya bersama pasien/keluarga)

c. Call Out

Komunikasi yang dapat digunakan di kondisi gawat darurat dan membuat keputusan yang urgent.

d. S B A R

Kerangka acuan untuk menyampaikan kondisi pasien yang membutuhkan perhatian atau tindakan urgent.

e. I PASS the BATON

Hand over adalah komunikasi serah terima tanggungjawab profesi pada satu atau semua aspek layanan individu atau masyarakat umum. Jika hal tersebut berlangsung baik, dampak medisterminimalisir dan mutu keselamatan pasien meningkat.

3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high alert medications)

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 *high alert* mencakup :

- a. 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)
- b. Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/ LASA*)

Meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai Obat-obatan yang perlu diwaspadai adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius

(sentinel event), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome). High alert medications memiliki risiko yang lebih tinggi dalam menyebabkan komplikasi, efek samping, atau bahaya yang dapat merugikan pasien. Hal ini dapat dikarenakan adanya rentang dosis terapeutik dan keamanan yang sempit atau karena insidens yang tinggi akan terjadinya kesalahan. Pihak rumah sakit harus mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan tersebut. Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai merupakan salah satu dari 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high-alert medications) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/error dan/atau kejadian sentinel (sentinel event), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look-Alike Sound-Alike/ LASA).

Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida [lebih pekat dari 0.9%], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat].

4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi Rumah

Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi. Rumah Sakit menggunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan/pemberi tanda. Rumah Sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk melakukan verifikasi pra operasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatanyang diperlukan tersedia, tepat atau benar, dan fungsional. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan

mencatat atau mendokumentasikan prosedur “sebelum insisi/time-out” tepat sebelum di mulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses guna memastikan lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan Tindakan pengobatan yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan Pencegahan dan pengendalian infeksi

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan hal yang sangat membebani pasien serta profesional pemberi asuhan (PPA) pada 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). Kegiatan utama dari upaya eliminasi infeksi ini maupun infeksi lainnya adalah dengan melakukan tindakan cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat (Sakinah, 2017).

Pengurangan resiko Infeksi merupakan tantangan terbesar dalam 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 biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood steam infection*) dan pneumonia (seringkali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan / atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Pasien jatuh merupakan penyebab umum dari bahaya yang terjadi selama mendapatkan perawatan di rumah sakit (Morgan *et al.*, 2017). Sasaran keenam dalam sasaran

keselamatan pasien ini bertujuan untuk mengurangi risiko insiden jatuh yang menyebabkan pasien cedera. Pengurangan risiko ini dengan melakukan *assessment* pasien jatuh. Penilaian dapat dilakukan dengan dua cara sesuai dengan kategorinya yaitu, skala moorse untuk pasien dewasa dan humpty dumpty untuk pasien anak-anak.

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi atau masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan dan fasilitasnya. Rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang dipergunakan oleh pasien.

Skrining risiko jatuh di rawat jalan, meliputi :

- a. Kondisi pasien misalnya pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan atau kejiwaan, konsumsi alkohol.
- b. Diagnosis, misalnya pasien dengan diagnosis penyakit Parkinson.
- c. 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.

Lokasi misalnya area-area yang berisiko pasien jatuh, yaitu tangga, area yang penerangannya kurang atau mempunyai unit pelayanan dengan peralatan parallel bars, freestanding staircases seperti unit rehabilitasi medis

DAFTAR PUSTAKA

- Blendon Robert, J., Chaterine, M. (2002) Views of Practicing Physicians And The Public On Medical Errors, *N Engl J Med*, 347(24): 1933-1940.
- Daud, A. (2020) *Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN)*. Available at: [https://www.kemkes.go.id/resources/download/informasi/Rakerkesnas-2020/02-Side-event/SE_05/Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional \(Arjaty Daud\).pdf](https://www.kemkes.go.id/resources/download/informasi/Rakerkesnas-2020/02-Side-event/SE_05/SistemPelaporan%20dan%20Pembelajaran%20Keselamatan%20Pasien%20Nasional%20(Arjaty%20Daud).pdf).
- Etchegaray, J. M., Ottosen, M. J., Dancsak, T., & Thomas, E. J. 2020. Barriers to Speaking Up About Patient Safety Concerns. *Journal of Patient Safety*, 16(4), e230–e234. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000334>
- Hasri, E. T., Hartriyanti, Y. and Haryanti, F. (2012) „Praktik keselamatan pasien bedah di rumah sakit daerah“, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 15(4), pp. 198–202. doi: 10.9774/jmk.13.1.61-75.
- Joint Commission International (JCI), (2011), *Standar Akreditasi Rumah Sakit, Enam Sasaran Keselamatan pasien*, Edisi Ke -4. Jakarta.
- 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.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017) *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta.
- Lee, S. E., Vincent, C., Dahinten, V. S., Scott, L. D., Park, C. G., & Dunn Lopez, K. 2018. Effects of Individual Nurse and Hospital Characteristics on Patient Adverse Events and Quality of Care: A Multilevel Analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 432–440. <https://doi.org/10.1111/jnu.12396>
- Lippi, G. *et al.* (2017) „Patient and Sample Identification. out of the Maze?“, *Journal of Medical Biochemistry*, 36(2), pp. 107–112. doi: 10.1515/jomb-2017-0003

- Leanda, K., Singleton, A., Collier, J., Jones, J.R. (2008) Learning not to take it seriously: junior doctor's accounts of error, *Medical Education*, 42:982-990.
- Hu, Y., & Broome, M. 2020. Leadership Characteristics for Interprofessional Collaboration in China. *Journal of Professional Nursing*, 36(5), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.02.008>.
- Morgan, L. et al. (2017) „Intentional Rounding: a staff-led quality improvement intervention in the prevention of patient falls“, *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), pp. 115-124. doi: 10.1111/jocn.13401.
- Najihah (2018), Budaya Keselamatan Pasien Dan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: Literature Review“, *Journal of Islamic Nursing*.
- Sakinah, S., Wigati, P. A. and Arso, S. P. (2017) „Analisis Sasaran Keselamatan Pasien Dilihat Dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dan Keamanan Obat Di Rs Kepresidenan Rspad Gatot Soebroto Jakarta“, *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(4), pp. 145-152.
- World Health Organization, (2007). WHO Patient Safety Curriculum Guide. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/index.html>

BIODATA PENULIS



Suardi Zurimi, S.ST.,M.KKK, lahir di Ambon, 04 September 1981. Menyelesaikan pendidikan Diploma IV pada tahun 2007 di Poltekkes Depkes Surabaya. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Universitas Airlangga Surabaya tahun 2016. Pada tahun 2008 sampai sekarang penulis aktif sebagai dosen dan mengajar di Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Maluku hingga sekarang dengan Mata Kuliah K3 Kepulauan di Daerah Pesisir, Manajemen Pasien Safety, K3 dan Pasien Safety serta aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi Poltekkes Kemenkes Maluku, selain itu penulis juga aktif sebagai anggota kepengurusan Asosiasi Hiperkes Nasional Periode 2020 - 2024 dan Konsultan K3 Rumah Sakit di Kota Ambon.

BAB 17

Prinsip-Prinsip Sterilisasi dan Desinfeksi

Sukarsih, S.Si.T, M.Pd

A. Pendahuluan

Sterilisasi adalah tindakan yang sangat penting untuk mencegah kontaminasi dan penyebaran penyakit infeksi. Konsep sterilisasi berasal dari istilah "steril" yang mengacu pada keadaan bebas mikroba baik yang bersifat berbahaya maupun tidak. Tujuan dari sterilisasi adalah untuk menjadikan suatu objek bersih dari mikroba. Dalam ilmu mikrobiologi, sterilisasi merupakan proses eliminasi semua bentuk kehidupan mikroba, termasuk bakteri, virus, mikoplasma, dan spora yang mungkin ada dalam atau di sekitar suatu objek.

Sterilisasi merupakan metode untuk menghilangkan mikroorganisme yang tidak diinginkan, baik yang bersifat patogen maupun nonpatogen, dari suatu objek. Ini juga merupakan upaya untuk membersihkan suatu benda dari segala jenis mikroorganisme, termasuk bentuk vegetatif dan spora. Secara prinsip, sterilisasi dapat dilakukan dengan tiga cara, yaitu melalui metode mekanik, fisik, dan kimiawi. Kesalahan dalam melaksanakan sterilisasi dapat memiliki konsekuensi fatal, karena dapat menyebabkan penularan penyakit dari satu individu ke individu lainnya, bahkan menyebabkan infeksi akut pada individu yang rentan. Sterilisasi bertujuan untuk mengurangi risiko terjadinya infeksi atau penularan penyakit, tidak hanya pada pasien tetapi juga pada petugas layanan dan staf, termasuk petugas kebersihan dan rumah tangga (Sukarsih, 2019).

Desinfeksi merupakan proses eliminasi semua mikroorganisme patogen dari objek non-hidup, kecuali endospora bakteri. Terdapat tiga jenis desinfeksi, yaitu tingkat

tinggi, tingkat sedang, dan tingkat rendah, yang dibedakan berdasarkan intensitasnya. Proses desinfeksi dapat dilakukan melalui empat metode, yakni pencucian, pengolesan, perendaman, dan penjemuran. Beberapa jenis desinfektan meliputi alkohol, glutaraldehid, biguanid, fenol, dan klorsilenol. Cara kerja desinfektan bervariasi, termasuk denaturasi protein mikroorganisme, pengendapan protein dalam protoplasma, oksidasi protein, gangguan pada sistem dan proses enzim, serta modifikasi dinding sel atau membran.

B. Sterilisasi

1. Pengertian Sterilisasi

Sterilisasi adalah suatu proses yang menyebabkan kematian total mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit, termasuk juga endospora bakteri, pada peralatan medis. Patterson (1932) menjelaskan sterilisasi sebagai pencapaian keadaan di mana tidak ada mikroorganisme yang tersisa. Menurut G.F Reddish, sterilisasi merupakan suatu proses, baik secara fisik maupun kimia, yang mampu menghancurkan semua bentuk kehidupan mikroorganisme, termasuk bakteri, fungi, spirichaeta, virus, dan spora. Depkes, (2003), Sterilisasi merupakan proses yang penting dalam membersihkan alat-alat kesehatan gigi dari segala jenis mikroorganisme, termasuk endospora bakteri. Menurut Mulyanti dan Putri (2011), sterilisasi merupakan upaya untuk menghancurkan segala bentuk kehidupan yang ada. Dari sudut pandang mikrobiologi, objek yang telah disterilkan dianggap bebas dari mikroorganisme. Sterilisasi digunakan untuk memastikan bahwa alat atau bahan yang digunakan tidak mengandung mikroorganisme yang tidak diinginkan, baik yang berpotensi patogen maupun tidak. Singkatnya, sterilisasi adalah cara untuk membersihkan objek dari semua jenis mikroorganisme, baik yang berbentuk aktif maupun spora (Anderson dan Farlane, 2011). Tujuan utama dari sterilisasi adalah untuk mencegah infeksi, menjaga kebersihan makanan, mengurangi kontaminasi mikroorganisme di berbagai industri, dan melindungi bahan-bahan yang digunakan dalam percobaan murni dari kontaminasi. Faktor-faktor yang mempengaruhi sterilisasi.

a. Faktor kuman, tergantung dari :

- 1) Banyaknya organisme
- 2) Lama waktu kontak

- 3) Keadaan alamiah mikroorganisme
 - 4) Lingkungan organisme
- b. Faktor penularan penyakit di kenal dengan istilah “6p” (*circular chain of the infections proces*)
- 1) Penyebab (*causative agent*)
 - 2) Penampung (*reservoir*)
 - 3) Pintu keluar (*portal of exit*)
 - 4) Pemindahan (*mode of transfer*)
 - a) Melalui Udara
 - b) Melalui Makanan
 - c) Melalui Hewan
 - d) Melalui Sentuhan badan
 - e) Melalui Peralatan
 - 5) Pintu masuk (*portal of entry*)
 - 6) Penerima (*susceptible host*)
- c. Faktor pelaksana :
- Higiene pribadi: meliputi penampilan, pemakaian APD dan hygiene tangan yang baik.
Efektifitas dari setiap cara sterilisasi tergantung pada keempat faktor di bawah ini :
- 1) Ragam mikroorganisme yang hadir bervariasi. Beberapa mikroorganisme memiliki tingkat resistensi yang tinggi terhadap proses pembunuhan, sedangkan yang lainnya lebih rentan.
 - 2) Kepadatan populasi mikroorganisme yang hadir.
 - 3) Kondisi kontaminasi, termasuk jumlah dan jenisnya, yang menyediakan perlindungan bagi mikroorganisme tersebut.
 - 4) Tingkat perlindungan yang dimiliki mikroorganisme pada alat yang hendak dibersihkan.
- d. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam proses sterilisasi adalah:
- 1) Pastikan sterilisator (alat untuk mensterilkan) dalam kondisi siap pakai, bersih, dan masih berfungsi dengan baik.
 - 2) Bungkus peralatan yang akan disterilkan dengan rapat dan beri label yang jelas, mencantumkan jenis peralatan, jumlahnya, dan tanggal sterilisasi.
 - 3) Pastikan penataan alat memungkinkan semua bagian mendapatkan proses sterilisasi.

- 4) Jangan menambahkan peralatan tambahan ke dalam sterilisator sebelum proses sterilisasi selesai.
- 5) Pindahkan alat steril ke tempat penyimpanannya dengan hati-hati, menggunakan wadah yang steril.
- 6) Hindari membuka bungkus saat mendinginkan alat steril; jika terbuka, lakukan sterilisasi ulang sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan (Cottone, dkk., 2000).

Pemanasan Kering (*Dry head sterilization*)

Suatu metode yang digunakan untuk membunuh semua jenis mikroorganisme dengan mengalirkan udara panas yang kering menggunakan oven kering (*dry head*). Metode ini efektif karena suhu tinggi yang dihasilkan oleh udara panas mampu mematikan mikroorganisme yang ada.

Steam Under Pressure (*Autoklaf*)

Proses tersebut dikenal sebagai sterilisasi uap atau autoclaving. Ini melibatkan penggunaan uap air panas yang diperkuat dengan tekanan dalam sebuah perangkat yang disebut autoklaf. Autoklaf efektif dalam membunuh semua bentuk kehidupan mikroorganisme dengan memanfaatkan kombinasi uap air panas dan tekanan yang tinggi.

Uap Kimia yang Tidak Tersaturasi (*Chemiclave*)

Chemiclave adalah suatu perangkat sterilisasi yang menggunakan cairan kimia dalam lingkungan tertutup, dimana uap panas yang dihasilkan dari cairan kimia tersebut efektif dalam membunuh mikroorganisme. Larutan kimia yang digunakan dalam proses ini meliputi formaldehid sebanyak 0,23%, etanol sebanyak 72,38%, dan ditambah dengan aseton, ketone, air, dan alkohol (Mulyanti dan Putri, 2011).

C. Desinfeksi

Desinfeksi merupakan tindakan yang bertujuan untuk mengurangi jumlah mikroorganisme patogen pada peralatan dengan cara menghilangkan dan/atau membunuh patogen tersebut. Meskipun spora bakteri tidak selalu terbunuh oleh desinfeksi, namun jumlahnya bisa berkurang akibat proses pembersihan. Desinfeksi dianggap sebagai langkah kontrol infeksi tingkat menengah. Proses ini bertujuan untuk menghancurkan sel-sel vegetatif yang dapat menyebabkan

infeksi, meskipun tidak selalu efektif membunuh spora (Mulyanti dan Putri, 2012).

1. Beberapa hal penting yang perlu diperhatikan dalam konteks desinfeksi adalah sebagai berikut:
 - a. Desinfeksi bisa dilakukan dengan menggunakan bahan kimia atau panas (termal). Desinfeksi termal, terutama pada peralatan yang mampu menahan panas, umumnya memberikan hasil yang lebih optimal dibandingkan dengan desinfeksi kimia.
 - b. Meskipun desinfeksi memiliki peran penting, namun tidak sebaik sterilisasi terutama ketika diterapkan pada peralatan yang digunakan dalam prosedur invasif. Jika memungkinkan, sterilisasi menjadi pilihan yang lebih disukai daripada desinfeksi yang tingkatnya lebih tinggi.
 - c. Sebelum menjalankan proses desinfeksi, penting untuk membersihkan peralatan secara mekanis atau manual terlebih dahulu.
 - d. Pemilihan metode desinfeksi harus disesuaikan dengan jenis peralatan spesifik serta tujuan penggunaannya.
2. Efektivitas desinfeksi dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk:
 - a. Jumlah atau tingkat kontaminasi mikroorganisme pada peralatan yang akan didesinfeksi.
 - b. Sifat biosidal dari agen desinfektan (seperti konsentrasi bahan kimia, pH, suhu, kualitas air, dan kelembaban).
 - c. Durasi paparan atau kontak yang efektif antara agen desinfektan dan mikroorganisme (termasuk celah, lumen, dan sambungan).
 - e. Kecocokan antara agen desinfektan dan peralatan yang akan didesinfeksi.
3. Beberapa kriteria yang ideal untuk desinfektan yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:
 - a. Beraksi dengan cepat untuk menginaktivasi mikroorganisme pada suhu kamar.
 - b. Aktivitasnya tidak terpengaruh oleh keberadaan bahan organik, pH, suhu, dan kelembaban.
 - c. Tidak bersifat toksik bagi hewan dan manusia.
 - d. Tidak menyebabkan korosi.

- f. Tidak berwarna atau meninggalkan noda.
 - g. Tidak memiliki aroma yang kuat.
 - h. Mudah terurai oleh proses biodegradasi.
 - i. Larutan yang stabil.
 - j. Mudah digunakan dan terjangkau secara ekonomis.
 - k. Memiliki aktivitas yang luas dalam membunuh berbagai jenis mikroorganismenya.
4. Macam-macam Disinfeksi
- Terdapat tiga tingkatan desinfeksi yang sering digunakan, yaitu:
- a. Desinfeksi tingkat tinggi: Mampu mematikan semua jenis organisme kecuali spora bakteri.
 - b. Desinfeksi tingkat sedang: Berhasil membunuh sebagian besar bakteri dan jamur, kecuali spora bakteri.
 - c. Desinfeksi tingkat rendah: Mampu mematikan sebagian besar bakteri, beberapa virus, dan jamur, namun tidak efektif dalam membunuh mikroorganismenya yang sangat tahan, seperti basil tuberkel dan spora bakteri.

Keterangan :

1. Desinfeksi tingkat tinggi (DTT) mampu mematikan semua organisme kecuali spora bakteri.
 - a. DTT melalui proses merebus:
 - 1) Hitung waktu saat air mulai mendidih.
 - 2) Rebus selama 15 - 30 menit dalam panci yang tertutup.
 - 3) Pastikan seluruh alat terendam minimal 2 cm di atas permukaan air.
 - 4) Tidak disarankan menambahkan alat tambahan ke dalam air mendidih.
 - 5) Segera gunakan alat atau simpan dalam wadah tertutup dan kering yang telah melalui DTT, maksimal selama satu minggu.
 - b. DTT dengan metode pengukusan:
 - 1) Kukus alat selama 15-30 menit.
 - 2) Atur api kecil agar air tetap mendidih.
 - 3) Waktu dihitung sejak terlihatnya uap.
 - 4) Batasi penggunaan maksimal 3 panci uap.
 - 5) Keringkan dalam wadah yang telah melalui DTT.
 - 6) DTT menggunakan bahan kimia:

- 7) Desinfektan kimia untuk DTT mencakup:
 - 8) Klorin 0,1%, Formaldehid 8%, Glutaraldehid 2%.
 - 9) Lakukan dekontaminasi dengan mencuci dan membilas dengan air mengalir, lalu keringkan.
 - 10) Rendam semua alat dalam larutan desinfektan selama 20 menit.
 - 11) Bilas dengan air mendidih dan keringkan di udara.
 - 12) Segera gunakan atau simpan dalam wadah yang kering dan telah melalui DTT.
- c. Desinfeksi tingkat sedang
Mampu membunuh bakteri, sebagian besar jamur kecuali spora bakteri.
 - d. Desinfeksi tingkat rendah
Mampu membunuh sebagian besar bakteri, beberapa virus, dan beberapa jamur, namun tidak efektif membunuh mikroorganisme yang tahan seperti basil tuberkel dan spora bakteri (Cottone, dkk., 2000).

Desinfektan adalah senyawa kimia yang digunakan untuk membunuh mikroba patogen yang menempel pada peralatan kesehatan, seperti alat yang digunakan di ruang operasi dan meja operasi.

Antiseptis adalah proses pencegahan infeksi dengan cara menonaktifkan atau mematikan mikroorganisme secara kimiawi. Bahan yang memiliki sifat antiseptis disebut antiseptik.

Antiseptik ini tidak merusak jaringan inang dan memiliki tingkat toksisitas yang lebih rendah daripada desinfektan. Senyawa yang mampu membunuh mikroorganisme umumnya memiliki akhiran "-sida" (*cide*), seperti fungisida, bakterisida, germisida, dan sebagainya.

Menurut Perry, (2005), desinfektan yang sering digunakan dalam proses desinfeksi antara lain:

2. Alkohol

Alkohol, baik etil maupun isopropil, adalah bakterisida yang cepat dan efektif sebagai pembunuh bakteri, mampu mengatasi tuberkulosis, serta menghancurkan jamur dan virus, meskipun tidak mampu membunuh spora. Alkohol juga dapat mengubah struktur protein melalui proses dehidrasi. Konsentrasi optimal untuk penggunaan alkohol

adalah antara 60 hingga 90% volume. Alkohol dapat digunakan untuk berbagai tujuan, termasuk:

- a. Sterilisasi permukaan ampul atau vial sebelum digunakan.
- b. Desinfeksi permukaan yang sudah dibersihkan, misalnya troli, lantai meja (countertops), dan bangku laboratorium setelah dibersihkan dengan deterjen dan air.
- d. Sterilisasi permukaan beberapa peralatan medis, seperti diafragma stetoskop dan manekin resusitasi.
- e. Membantu dalam mengeringkan permukaan beberapa peralatan.
- f. Sterilisasi kulit sebelum melakukan prosedur invasif.

3. Fenol

Fenol (asam karboksilat) merupakan asam karboksilat, sering digunakan sebagai desinfektan dan antiseptik. Senyawa fenol memiliki aktivitas antimikroba yang kuat, mampu membunuh bakteri meskipun tidak efektif membunuh spora. Efektivitas fenol sebagai desinfektan biasanya terjadi pada konsentrasi antara 2 hingga 5%, dimana senyawa tersebut mampu merusak protein dan membran sel bakteri, dan aktif pada lingkungan dengan pH asam. Saat ini, penggunaan fenol sebagai antiseptik semakin jarang karena potensinya untuk menyebabkan iritasi pada kulit. Salah satu senyawa fenolik yang sering digunakan adalah cresol.

4. Bisfenol

Bisfenol merupakan senyawa turunan dari fenol. Salah satu contohnya adalah hexachlorophene, yang merupakan bahan aktif dalam lotion Hisohex, yang digunakan untuk mengendalikan pertumbuhan mikroba dalam prosedur pembersihan di rumah sakit. *Staphylococcus* dan *Streptococcus* rentan terhadap hexachlorohene. Jenis bisfenol lainnya adalah triclosan, yang digunakan dalam sabun antibakteri dan pasta gigi. Triclosan memiliki spektrum aktivitas yang luas terutama terhadap bakteri Gram positif dan jamur.

5. Biguanidin

Klorheksidin adalah salah satu contoh senyawa antiseptik yang memiliki spektrum aktivitas yang luas dan sering digunakan untuk mengendalikan pertumbuhan mikroorganisme pada kulit dan membran mukosa.

Kombinasi antara klorheksidin dengan deterjen atau alkohol sering digunakan untuk membersihkan kulit dan tangan pasien, serta anggota tim medis sebelum menjalani tindakan operasi.

6. Halogen

Khususnya iodin dan klorin adalah agen antimikroba yang cukup efektif. Iodin, yang merupakan antiseptik tertua, sangat efektif terhadap berbagai jenis bakteri, endospora, fungi, dan beberapa virus. Iodin hadir dalam bentuk tinctura, yaitu larutan dengan alkohol sebagai pelarut, dan juga sebagai iodophor. Iodophor memiliki sifat antimikroba yang berasal dari iodin, namun tidak berwarna dan cenderung kurang mengiritasi kulit dan jaringan.

7. Klorin (sodium hipoklorit)

Natrium hipoklorit memiliki cakupan aktivitas antimikroba yang luas, namun kurang efektif terhadap materi organik. Kemampuan germisidanya berasal dari pembentukan asam hipoklorit saat klorin larut dalam air. Asam hipoklorit tersebut bertanggung jawab atas oksidasi protein, kerusakan membran sel, dan inaktivasi enzim mikroorganisme. Namun, natrium hipoklorit cenderung tidak stabil ketika diencerkan dan dapat menyebabkan korosi pada bahan logam, sehingga kurang cocok untuk keperluan penyimpanan. Proses perlakuan dengan natrium hipoklorit biasanya membutuhkan waktu minimal 30 menit. Zat ini umumnya digunakan untuk desinfeksi air (dikenal sebagai kaporit), membersihkan pakaian, alat gigi, serta membersihkan permukaan lingkungan yang memerlukan kebersihan.

8. Glutaraldehyde (relatif kurang bersifat iritasi)

Larutan glutaraldehyd 2%, yang disebut juga Cidex, memiliki efek membunuh bakteri, tuberkulosis, dan virus dalam waktu 10 menit, serta mampu membunuh spora dalam rentang waktu 3-10 jam. Glutaraldehyd juga merupakan zat cair desinfektan yang disarankan untuk proses desinfeksi tingkat tinggi pada alat endoskopi yang sensitif terhadap panas, seperti arthroscop, hysteroscope, laparoscope, aksesorisnya, cystoscope, dan semua instrumen lainnya yang masuk ke dalam area steril di dalam tubuh, serta digunakan untuk pengawetan mayat. (Mulyanti dan Putri, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Cottone, J.A., Terezhalmly, G.T, Molinari, J.A., 2000, *Practical Infection Control in Dentistry* (terj.) : Mengendalikan Penyebaran Infeksi Dalam Praktek Kedokteran Gigi, Widya Medika, Jakarta.
- Depkes R.I., 2003, *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan kesehatan*, Jakarta : Depkes.
- Mulyanti, S dan Putri, M. H., 2011, *Pengendalian Infeksi silang di Klinik Gigi*, Jakarta : EGC.
- Perry, A.G., 2005, *Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar*, Jakarta, EGC
- Anderson, E,T., & McFarlane, J,M. (2011). *Community as Partner : Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sukarsih., 2019, *Pengendalian Infeksi Silang*, Malang, CV IRDH

BIODATA PENULIS



Sukarsih, S.Si.T., M.Pd lahir di Pati, pada 01 Maret 1971. Menyelesaikan pendidikan D IV Perawat Gigi Pendidik di Fakultas Kedokteran Universitas Gajdah Mada Yogyakarta dan S2 di Fakultas Teknologi Pendidikan Universitas Jambi. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com



SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202424228, 16 Maret 2024

Pencipta

Nama : **Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep, Mera Marhamah, SST., Bdn., M.Kes dkk**

Alamat : Jln. Manibang II Lingkungan II Malalayang Dua. Kec. Malalayang Kota Manado, Malalayang, Manado, Sulawesi Utara, 95264

Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep, Mera Marhamah, SST., Bdn., M.Kes dkk**

Alamat : Jln. Manibang II Lingkungan II Malalayang Dua. Kec. Malalayang Kota Manado, Malalayang, Manado, Sulawesi Utara, 95264

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**

Judul Ciptaan : **MANAJEMEN PASIEN SAFETY**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali : 16 Maret 2024, di Cilacap di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000599582

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL
u.b

Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto
NIP. 196412081991031002

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep	Jln. Manibang II Lingkungan II Malalayang Dua. Kec. Malalayang Kota Manado, Malalayang, Manado
2	Mera Marhamah, SST., Bdn., M.Kes	Jl Rawadomba Duren Sawit, Duren Sawit, Jakarta Timur
3	Ns Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes	Jln Jasa Blok B No 4, Perum Nangka Permai Pekanbaru, Payung Sekaki, Pekanbaru
4	Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.M.B	Jln. Citandui 54B, Blimbing, Malang
5	Ns. Muzaroah Ermawati U., M. Tr. Kep	Mandan RT 001/ RW: 003, Sumberejo, Jatisrono, Wonogiri
6	Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep	Jln Suka Karya RT 08/RW03 Buah Karya Tampan Pekanbaru, Tampan, Pekanbaru
7	Janice Sepang, S.Kep,Ns., M.Kep	BTN Palupi Permai Blok.V.4/02, Tatanga, Palu
8	Yusniar, SKM., M.K.M	Jl. SM.Raja No.289/283 Belakang, Sibolga Selatan, Sibolga
9	Eko Sari Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep	Perumahan Karya Kartika Graha Blok C No.7, Jalan Wonorejo, RT 001/ RW 004, Kelurahan Arjowinangun, Kedungkandang, Malang
10	Moudy Lombogia, S.Kep. Ns, M.Kep	Kakaskasen II Dusun 8 No 444, Tomohon Utara, Tomohon
11	Dr. Apt. Nutrisia Aquariushinta Sayuti, M.Sc	Kamalan Lor Rt 3 Rw 3 Giriwoyo, Wonogiri, Giriwoyo, Wonogiri
12	Irwan Agustian, S.Kep., Ns., M.Kep	Jl. P. Sudirman Labuhanbilik Kecamatan Panai Tengah Kabupaten Labuhanbatu, Panai Tengah, Labuhan Batu
13	Ns. Erna Masdiana, M.Kep	Jln TGK Chik Di Tunong Lr III Desa Mon Geudong, Banda Sakti, Lhokseumawe
14	Johana Tuegeh S.Pd.SSiT,M.Kes	Jln. Manibang II Lingkungan II Malalayang Dua. Kec. Malalayang Kota Manado, Malalayang, Manado
15	Dr Siang Br Tarigan, SPd, SKep, Ners, Mkes	Jl Selamat Ketaren Blok C No 05 Kabanjahe, Kabanjahe, Karo
16	Suardi Zurimi, S.ST.,M.KKK	Jln. Laksdya Leo Watimena, Perumnas Waiheru Blok III/45 RT. 019 RW. 008, Baguala, Ambon

17	Sukarsih, S.Si.T, M.Pd	Jl. Sultan Syahril, Kel. Talang Bakung, RT.30, Paal Merah, Jambi
----	------------------------	---

LAMPIRAN PEMEGANG

No	Nama	Alamat
1	Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep	Jln. Manibang II Lingkungan II Malalayang Dua. Kec. Malalayang Kota Manado, Malalayang, Manado
2	Mera Marhamah, SST., Bdn., M.Kes	Jl Rawadomba Duren Sawit, Duren Sawit, Jakarta Timur
3	Ns Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes	Jln Jasa Blok B No 4, Perum Nangka Permai Pekanbaru, Payung Sekaki, Pekanbaru
4	Ns. Endah Panca Lydia Fatma., S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.M.B	Jln. Citandui 54B, Blimbing, Malang
5	Ns. Muzaroah Ermawati U., M. Tr. Kep	Mandan RT 001/ RW: 003, Sumberejo, Jatisrono, Wonogiri
6	Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep	Jln Suka Karya RT 08/RW03 Tuah Karya Tampan Pekanbaru, Tampan, Pekanbaru
7	Janice Sepang, S.Kep,Ns., M.Kep	BTN Palupi Permai Blok.V.4/02, Tatanga, Palu
8	Yusniar, SKM., M.K.M	Jl. SM.Raja No.289/283 Belakang, Sibolga Selatan, Sibolga
9	Eko Sari Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep	Perumahan Karya Kartika Graha Blok C No.7, Jalan Wonorejo, RT 001/ RW 004, Kelurahan Arjowinangun, Kedungkandang, Malang
10	Moudy Lombogia, S.Kep. Ns, M.Kep	Kakaskasen II Dusun 8 No 444, Tomohon Utara, Tomohon
11	Dr. Apt. Nutrisia Aquariushinta Sayuti, M.Sc	Kamalan Lor Rt 3 Rw 3 Giriwoyo, Wonogiri, Giriwoyo, Wonogiri
12	Irwan Agustian, S.Kep., Ns., M.Kep	Jl. P. Sudirman Labuhanbilik Kecamatan Panai Tengah Kabupaten Labuhanbatu, Panai Tengah, Labuhan Batu
13	Ns. Erna Masdiana, M.Kep	Jln TGK Chik Di Tunong Lr III Desa Mon Geudong, Banda Sakti, Lhokseumawe
14	Johana Tuegeh S.Pd.SSiT,M.Kes	Jln. Manibang II Lingkungan II Malalayang Dua. Kec. Malalayang Kota Manado, Malalayang, Manado
15	Dr Siang Br Tarigan, SPd, SKep, Ners, Mkes	Jl Selamat Ketaren Blok C No 05 Kabanjahe, Kabanjahe, Karo

16	Suardi Zurimi, S.ST.,M.KKK	Jln. Laksdya Leo Watimena, Perumnas Waiheru Blok III/45 RT. 019 RW. 008, Baguala, Ambon
17	Sukarsih, S.Si.T, M.Pd	Jl. Sultan Syahril, Kel. Talang Bakung, RT.30, Paal Merah, Jambi

