



MANAJEMEN *PATIENT SAFETY*



Muhdar, S.ST., M.Kes
Darmin, S.Km., M.Kes
H.Tukatman, M.Kep
Paryono, S.Kep., Ns., M.Kes
Ns. Bestfy Anitasari, M.Kep., Sp. Kep. Mat
Bangu, AMK, S.Pd., M.A.Hed

Editor: Dr. Grace Tedy Tulak, M.Kep

Manajemen *Patient Safety*

H. Muhdar, S.ST., M.Kes

Darmin, S.KM., M.Kes

H.Tukatman, M.Kep

Paryono, S.Kep., Ns., M.Kes

Ns. Bestfy Anitasari, M.Kep., Sp. Kep.Mat

Bangu, AMK, S.Pd., M.A.Hed



Tahta Media Group

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Manajemen *Patient Safety*

Penulis

**H. Muhdar, S.ST., M.Kes
Darmin, S.Km., M.Kes
H.Tukatman, M.Kep
Paryono, S.Kep., Ns., M.Kes
Ns. Bestfy Anitasari, M.Kep., Sp. Kep.Mat
Bangu, AMK, S.Pd., M.A.Hed**

Desain Cover:
Tahta Media

Editor:
Dr. Grace Tedy Tulak, M.Kep

Proofreader:
Septian Nur Ika Trisnawati, M.Pd

Ukuran:
V, 303, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN : 978-623-96623-3-2

Cetakan Pertama:
April 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2021 by Tahta Media Group
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP
(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kepada Tuhan YME. atas lindungan dan rahmat-Nya karena para penulis dari berbagai Perguruan Tinggi kembali mampu menyelesaikan naskah kolaborasi dengan Judul “*Manajemen Patient Safety*”. Yang melatarbelakangi penerbit mengadakan kegiatan Menulis Kolaborasi adalah untuk membiasakan Dosen menulis sesuai dengan rumpun keilmuannya,

Buku dengan judul *Manajemen Patient Safety* merupakan buku ajar yang disusun sebagai media pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan. Buku ini diterbitkan sebagai sumber referensi dan pedoman belajar bagi mahasiswa yang sedang memprogramkan mata kuliah Manajemen Patient Safety. Pokok-pokok bahasan dalam buku ini mencakup: 1) Konsep dasar patient safety 2) Peran perawat dalam kegiatan keselamatan pasien 3) Infeksi nosocomial 4) Prinsip mikrobiologi dan parasitologi dalam patient safety 5) Prinsip-prinsip sterilisasi dan desinfeksi 6) Kebijakan mendukung keselamatan pasien.

Tidak lupa kami ucapkan kepada Editor Buku *Ibu Dr. Grace Tedy Tulak, M.Kep* yang telah mengarahkan dan Membantu dalam Mengeditori Buku tersebut sehingga menjadi buku yang Baik dan Bermanfaat.

Akhir kata Dengan terbitnya buku ini, harapan penerbit ialah menambah Khazanah Keilmuan dibidang Kesehatan dan dapat dinikmati oleh kalangan pembaca baik Akademisi, Dosen, Peneliti, Mahasiswa atau Masyarakat pada Umumnya.

Klaten, 13 April 2021
Direktur Tahta Media Group

Uswatun Khasanah, S.H.I., S.Pd. M.Pd.I

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----------|
| Kata Pengantar | iv |
| Daftar Isi | v |
| BAB I Konsep Dasar Patient Safety | 1 |
| A. Pengertian Patient Safety | 1 |
| B. Prinsip Patient Safety | 3 |
| C. Komponen Patient Safety..... | 3 |
| D. Sasaran Patient Safety | 4 |
| E. Standar Keselamatan Pasien | 15 |
| F. Langkah Pelaksanaan Patient Safety..... | 25 |
| G. Kriteria Monitoring dan Evaluasi Patient Safety | 35 |
| H. Komunikasi Antara Anggota Team Kesehatan..... | 36 |
| I. Peran Perawat Dalam Patient Safety..... | 47 |
| J. Kebijakan yang Mendukung Keselamatan Pasien | 49 |
| K. Monitoring dan Evaluasi Patient Safety..... | 51 |
| Rangkuman | 52 |
| Tes Formatif..... | 53 |
| Daftar Pustaka..... | 57 |
| Biografi Penulis..... | 58 |
| BAB II Peran Perawat Dalam Kegiatan Keselamatan Pasien | 59 |

| | |
|---|-----|
| A. Mengidentifikasi Pasien dengan Benar | 60 |
| B. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif..... | 62 |
| C. Meningkatkan Keamanan Obat-obatan yang Harus Diwaspadai | 70 |
| D. Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar | 74 |
| E. Peran Perawat dalam Mengurangi Resiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan | 77 |
| F. Mengurangi Resiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh | 78 |
| Daftar Pustaka | 82 |
| Biografi Penulis | 83 |
| BAB III Infeksi Nosokomial..... | 84 |
| A. Definisi Infeksi Nosokomial | 85 |
| B. Jenis Mikroorganisme Parasit..... | 88 |
| C. Perkembangan Mikroorganisme | 88 |
| D. Proses Penularan Penyakit | 92 |
| E. Proses Infeksi Nosokomial | 97 |
| F. Manajemen Infeksi Nosokomial..... | 101 |
| Rangkuman | 104 |
| Tes Sumatif..... | 105 |
| Daftar Pustaka..... | 110 |
| Biodata Penulis | 112 |

BAB IV Prinsip Mikrobiologi Dan Parasitologi Dalam

| | |
|---|-----|
| Patient Safety | 114 |
| A. Pengantar..... | 114 |
| B. Bakteri..... | 116 |
| C. Klasifikasi Bakteri..... | 117 |
| D. Virus..... | 125 |
| E. Jamur..... | 134 |
| F. Klasifikasi Morfologi Jamur | 135 |
| G. Klasifikasi Sistematis | 136 |
| H. Diagnosa Laboratorium..... | 137 |
| I. Protozoa | 143 |
| J. Parasit..... | 153 |
| K. Infeksi..... | 158 |
| Daftar Pustaka | 166 |
| Biografi Penulis..... | 167 |
| BAB V Prinsip-Prinsip Sterilisasi dan Disinfektan | 169 |
| A. Pendahuluan..... | 169 |
| B. Pembersihan Awal dan Pembersihan | 170 |
| C. Konsep Sterilisasi..... | 179 |
| D. Konsep Desinfeksi | 206 |

| | |
|--|-----|
| E. Penyimpanan Peralatan Setelah Dekontaminasi..... | 225 |
| F. Dekontaminasi di Sarana Rumah Sakit dan Pusat Pelayanan Kesehatan..... | 236 |
| G. Dekontaminasi di Masa Pandemi Covid-19 | 230 |
| Rangkuman | 243 |
| Tes Sumatif..... | 244 |
| Daftar Pustaka..... | 249 |
| Biografi Penulis | 251 |
| BAB VI Kebijakan Mendukung Keselamatan Pasien | 252 |
| A. Penerapan 6 (Enam) Sasaran Keselamatan Pasien | 253 |
| B. Penerapan Prinsip dan Implementasi Upaya Pencegahan Penularan | 260 |
| Rangkuman 1 | 295 |
| Latihan 1 | 295 |
| Rangkuman 2..... | 296 |
| Soal Latihan | 297 |
| Daftar Pustaka..... | 301 |
| Biodata Penulis | 303 |

BAB I

KONSEP DASAR PATIENT SAFETY

Setelah selesai mempelajari bab ini mahasiswa diharapkan dapat:

1. Menjelaskan pengertian patient safety
2. Menyebutkan prinsip patient safety
3. Menyebutkan komponen patient safety
4. Menjelaskan sasaran patient safety
5. Menjelaskan standar patient safety
6. Menjelaskan langkah pelaksanaan patient safety
7. Menyebutkan kriteria monitoring dan evaluasi patient safety
8. Menjelaskan komunikasi antar anggota team kesehatan
9. Menjelaskan peran perawat dalam patient safety
10. Menjelaskan kebijakan yang mendukung patient safety
11. Menjelaskan monitorin dan evaluasi patient safety

A. Pengertian Patient Safety

Keselamatan pasien merupakan indikator yang paling utama dalam sistem pelayanan kesehatan, yang diharapkan dapat menjadi acuan dalam menghasilkan pelayanan kesehatan yang optimal dan mengurangi insiden bagi pasien (*Canadian Patient Safety Institute, 2017*).

Menurut Kemenkes RI (2015), keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem yang memastikan asuhan pada pasien jauh lebih aman. Sistem tersebut meliputi pengkajian risiko, identifikasi insiden, pengelolaan insiden, pelaporan atau analisis insiden, serta implementasi dan tindak lanjut suatu insiden untuk meminimalkan terjadinya risiko. Sistem tersebut dimaksudkan untuk menjadi cara yang efektif untuk mencegah terjadinya cedera atau insiden pada pasien yang disebabkan oleh kesalahan tindakan.

Insiden keselamatan pasien adalah semua kejadian atau situasi yang berpotensi atau mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian, kerugian dan lain-lain), hal tersebut dapat dicegah bahkan seharusnya tidak terjadi karena sudah dikategorikan sebagai suatu disiplin. Dalam Permenkes RI No. 1691/ MENKES/ PER/ VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, insiden keselamatan pasien adalah segala sesuatu yang terjadi secara sengaja atau tidak sengaja dan kondisi mengakibatkan atau berpotensi untuk menimbulkan cedera pada pasien, yang terdiri dari Kejadian tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). Insiden keselamatan pasien sewaktu-waktu dapat terjadi tanpa direncanakan yang dapat membahayakan pasien dan tidak terpenuhi *outcome* dalam penyembuhan pasien.

B. Prinsip Patient Safety

Tujuh prinsip menuju keselamatan pasien rumah sakit terdiri dari:

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

C. Komponen Patient Safety

1. Identifikasi pasien dengan benar
2. Tingkatan komunikasi efektif
3. Tingkatkan keamanan untuk pemberian obat yang beresiko tinggi
4. Eliminasi salah sisi, salah pasien, salah pesedur operasi
5. Reduksi risiko infeksi nosokomial
6. Reduksi risiko pasien cedera dari jatuh.

D. Sasaran Patient Safety

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 (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)*.

Maksud dari 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. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Maksud dan Tujuan

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahanidentifikasi 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 spesimen 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 identitas 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.

Elemen Penilaian adalah :

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

2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Maksud dan Tujuan

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 komputer) 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.

Elemen Penilaian

- a. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
 - b. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
 - c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High-Alert*)

Maksud dan Tujuan

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 medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko 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 Soun 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 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.

Elemen Penilaian

- 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.
 - d. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).
4. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

Maksud dan Tujuan

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang menkhawatirkan 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 menkhawatirkan 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; dan
- 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*.

Elemen Penilaian

- 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.
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Maksud dan Tujuan

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.

Elemen Penilaian

- 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.
6. Pengurangan risiko pasien jatuh

Maksud dan Tujuan

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.

Elemen Penilaian

- 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.

E. Standar Keselamatan Pasien

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

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

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

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

Uraian 7 (tujuh) Standar Keselamatan Pasien adalah:

1. Hak pasien

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

Kriterianya adalah terdiri dari :

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

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

2. Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di

fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

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

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

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

Kriterianya adalah terdiri dari :

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

4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis

secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- a. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (*desain*) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan fasilitas pelayanan kesehatan, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
- b. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- c. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi
- d. intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- e. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standarnya adalah terdiri dari :

- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien“.
- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

Kriterianya adalah terdiri dari :

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

Insiden meliputi Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian

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

Contoh Kejadian sentinel antara lain Tindakan invasif/pembedahan pada pasien yang salah, Tindakan invasif/pembedahan pada bagian tubuh yang keliru, Ketinggalan instrumen/alat/ benda-benda lain di dalam tubuh pasien sesudah tindakanpembedahan, Bunuh diri pada pasien rawat inap, Embolisme gas intravaskuler yang mengakibatkan kematian/kerusakan neurologis, Reaksi Haemolitis transfusi darah akibat inkompatibilitas ABO, Kematian ibu melahirkan, Kematian bayi “*Full-Term*” yang tidak di antipasi, Penculikan bayi, Bayi tertukar, Perkosaan /tindakan kekerasan terhadap pasien, staf, maupun pengunjung. Selain contoh kejadian sentinel diatas terdapat kejadian sentinel yang berdampak luas/nasional diantaranya berupa Kejadian yang sudah terlanjur di “*blow up*” oleh media, Kejadian yang menyangkut pejabat, selebriti dan publik figure lainnya, Kejadian yang melibatkan berbagai institusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan lain, Kejadian yang sama yang timbul di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan dalam

kurun waktu yang relatif bersamaan, Kejadian yang menyangkut moral, misalnya : perkosaan atau tindakan kekerasan.

- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris Cedera” (KNC/Near miss) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin.
- h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan

perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.

- i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standarnya adalah terdiri dari :

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

Kriterianya adalah terdiri dari :

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

- b. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in- service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- c. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Standarnya adalah terdiri dari :

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- a. Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

F. Langkah Pelaksanaan Patient Safety

- i. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Ciptakan budaya adil dan terbuka.
- ii. Memimpin dan mendukung staf. Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh fasilitas pelayanan kesehatan anda.
- iii. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan
- iv. Mengembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
- v. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
- vi. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
- vii. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat komplek seperti fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencapai hal-hal

diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

Langkah 1 Bangun budaya keselamatan

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

Ciptakan budaya adil dan terbuka.

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

Kegiatan yang dilaksanakan

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan :

1. Pastikan ada kebijakan yang menyatakan apa yang harus dilakukan oleh staf apabila terjadi insiden, bagaimana dilakukan investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan kepada pasien, keluarga, dan staf.
2. Pastikan dalam kebijakan tersebut ada kejelasan tentang peran individu dan akuntabilitasnya bila terjadi insiden.
3. Lakukan survei budaya keselamatan untuk menilai budaya pelaporan dan pembelajaran di fasilitas pelayanan kesehatan anda.

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

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

Langkah 2 Pimpin dan dukung staf anda

Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh fasilitas pelayanan Kesehatan anda. Keselamatan pasien melibatkan setiap orang dalam fasilitas pelayanan kesehatan anda. Membangun budaya keselamatan sangat tergantung kepada

kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi mendengarkan pendapat seluruh anggota.

Kegiatan yang dilaksanakan :

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan :

- a. Pastikan ada anggota eksekutif yang bertanggung jawab tentang keselamatan pasien. Anggota eksekutif di rumah sakit merupakan jajaran direksi rumah sakit yang meliputi kepala atau direktur rumah sakit dan pimpinan unsur-unsur yang ada dalam struktur organisasi rumah sakit, sedangkan untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan jajaran pimpinan organisasi jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- b. Tunjuk penggerak/champion keselamatan pasien di tiap unit.
- c. Tempatkan keselamatan pasien dalam agenda pertemuan-pertemuan pada tingkat manajemen dan unit.
- d. Masukkan keselamatan pasien ke dalam program-program pelatihan bagi staf dan pastikan ada pengukuran terhadap efektifitas pelatihan- pelatihan tersebut.

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a. Calonkan penggerak/champion untuk keselamatan pasien.
- b. Jelaskan pentingnya keselamatan pasien kepada anggota unit anda.

- c. Tumbuhkan etos kerja dilingkungan tim/unit anda sehingga staf merasa dihargai dan merasa mampu berbicara apabila mereka berpendapat bahwa insiden bisa terjadi.

Langkah 3 Integrasikan kegiatan manajemen risiko anda

Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan. Sistem manajemen risiko akan membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Keselamatan pasien adalah komponen kunci dari manajemen risiko, dan harus diintegrasikan dengan keselamatan staf, manajemen komplain, penanganan litigasi dan klaim serta risiko keuangan dan lingkungan. Sistem manajemen risiko ini harus didukung oleh strategimanajemen risiko Fasilitas pelayanan Kesehatan, yang mencakup programprogram asesmen risiko secara pro-aktif dan risk register.

Kegiatan yang dilaksanakan :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

1. Pelajari kembali struktur dan proses untuk pengelolaan risiko klinis dan non klinis, dan pastikan hal ini sudah terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf komplain dan risiko keuangan serta lingkungan.

2. Kembangkan indikator-indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko anda sehingga dapat di monitor oleh pimpinan.
3. Gunakan informasi-informasi yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk perbaikan pelayanan pasien secara pro-aktif.

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

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

Langkah 4 Bangun sistem pelaporan

Sistem pelaporan sangat vital di dalam pengumpulan informasi sebagai dasar analisa dan menyampaikan rekomendasi. Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).

Kegiatan yang dilaksanakan :

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan:

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

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

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

Langkah 5 Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat

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

Kegiatan yang dilaksanakan :

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan :

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

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

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

Langkah 6 Belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan

Jika terjadi insiden keselamatan pasien, isu yang penting bukan siapa yang harus disalahkan tetapi bagaimana dan mengapa insiden itu terjadi. Salah satu hal yang terpenting yang harus kita pertanyakan adalah apa yang sesungguhnya terjadi dengan sistem kita ini.

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

Kegiatan yang dilaksanakan :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

1. Yakinkan staf yang sudah terlatih melakukan investigasi insiden secara tepat sehingga bisa mengidentifikasi akar masalahnya.
2. Kembangkan kebijakanyangmencakupkriteriakapanfasilitaspelayanan kesehatan harus melakukan Root Cause Analysis (RCA).

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

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

Langkah 7 Implementasikan solusi-solusi untuk mencegah cedera

Salah satu kekurangan Fasilitas pelayanan Kesehatan di masa lalu adalah ketidakmampuan dalam mengenali bahwa penyebab kegagalan yang terjadi di satu Fasilitas pelayanan Kesehatan bisa menjadi cara untuk mencegah risiko terjadinya kegagalan di Fasilitas pelayanan Kesehatan yang lain. Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-

hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

Kegiatan yang dilaksanakan :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

1. Gunakan informasi yang berasal dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko, investigasi insiden, audit dan analisa untuk menetapkan solusi di fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini mencakup redesigning system dan proses, penyelarasan pelatihan staf dan praktek klinik.
2. Lakukan asesmen tentang risiko-risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
3. Monitor dampak dari perubahan-perubahan tersebut
4. Implementasikan solusi-solusi yang sudah dikembangkan eksternal.

Hal ini termasuk solusi yang dikembangkan oleh KNKP atau Best Practice yang sudah dikembangkan oleh fasilitas kesehatan lain

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

1. Libatkan tim anda dalam pengembangan cara-cara agar asuhan pasien lebih baik dan lebih aman.
2. Kaji ulang perubahan-perubahan yang sudah dibuat dengan tim anda untuk memastikan keberlanjutannya
3. Pastikan tim anda menerima *feedback* pada setiap followup dalam pelaporan insiden.

G. Kriteria Monitoring Dan Evaluasi "Patient Safety"

Kriteria Monitoring dan Evaluasi Patient Safety Kementerian Kesehatan telah menetapkan beberapa kriteria monitoring dan evaluasi di layanan kesehatan.

1. Di Rumah Sakit

- a. Rumah sakit agar membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, dengan susunan organisasi sebagai berikut :
Ketua : dokter, Anggota : dokter, dokter gigi, perawat, tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya
- b. Rumah sakit agar mengembangkan sistem informasi pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden
- c. Rumah sakit agar melakukan pelaporan insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) secara rahasia
- d. Rumah sakit agar memenuhi standar keselamatan pasien rumah sakit dan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
- e. Rumah sakit pendidikan mengembangkan standar pelayanan medis berdasarkan hasil dari analisis akar masalah dan sebagai tempat pelatihan standar-standar yang baru dikembangkan.

2. Di Propinsi/Kabupaten /kota
 - a. Melakukan advokasi program keselamatan pasien ke rumah sakit-rumah sakit di wilayahnya
 - b. Melakukan advokasi ke pemerintah daerah agar tersedianya dukungan anggaran terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit
 - c. Melakukan pembinaan pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit.
3. Di Pusat
 - a. Membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dibawah Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia.
 - b. Menyusun panduan nasional tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - c. Melakukan sosialisasi dan advokasi program keselamatan pasien ke Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota, PERSI Daerah dan rumah sakit pendidikan dengan jejaring pendidikan
 - d. Mengembangkan laboratorium uji coba program keselamatan pasien.

H. Komunikasi Antara Anggota Team Kesehatan

1. Pengertian Komunikasi Menurut Hovland dalam Effendy (2005:10) komunikasi adalah proses mengubah perilaku orang

lain. Seseorang dapat mempengaruhi sikap, pendapat dan perilaku orang lain apabila terjalin komunikasi yang komunikatif. Paradigma Lasswell dalam Effendy (2005) menjelaskan komunikasi meliputi unsur-unsur sebagai jawaban dari pertanyaan yang diajukan (Who says, what in, which channel, to whom, with what effect?) diantaranya: komunikator, pesan, media, komunikan, dan efek.

2. Pengertian komunikasi efektif komunikasi dengan orang lain kadang sukses atau efektif mencapai maksud yang dituju, namun terkadang juga gagal. Adapun makna komunikasi yang efektif menurut Effendy (2005) adalah komunikasi yang berhasil menyampaikan pikiran dengan menggunakan perasaan yang disadari. Sedangkan menurut Walter Lippman dalam Effendy (2005) bahwa komunikasi yang efektif adalah komunikasi yang berusaha memilih cara yang tepat agar gambaran dalam benak dan isi kesadaran dari komunikator dapat dimengerti, diterima bahkan dilakukan oleh komunikan.
3. Prinsip komunikasi efektif agar komunikasi menghasilkan komunikasi yang efektif, seseorang harus memahami prinsip-prinsip dalam berkomunikasi. Ada lima prinsip komunikasi yang efektif yang harus dipahami. Lima prinsip tersebut disingkat dengan REACH, yaitu *Respect, Empathy, Audible,*

Care, dan *Humble*. Lima prinsip komunikasi yang efektif itu adalah sebagai berikut:

a. *Respect*

Respect adalah sikap menghargai setiap individu yang menjadi sasaran pesan yang akan kita sampaikan.

- b. *Empathy* komunikasi yang efektif akan dengan mudah tercipta jika komunikator memiliki sikap *empathy*. *Empathy* artinya kemampuan seorang komunikator dalam Memahami dan menempatkan dirinya pada situasi atau kondisi yang dihadapi orang lain.

c. *Audible*

Audible adalah pesan yang kita sampaikan dapat diterima oleh penerima pesan melalui media atau *delivery channel*.

d. *Care*

Care berarti komunikator memberikan perhatian kepada lawan komunikasinya. Komunikasi yang efektif akan terjalin jika audience lawan komunikasi personal merasa diperhatikan.

e. *Humble*

Humble adalah sikap rendah hati untuk membangun rasa saling menghargai.

4. Langkah-langkah untuk membangun komunikasi efektif

Adapun langkah-langkah untuk membangun komunikasi yang efektif adalah sebagai berikut:

- a. Memahami Maksud dan Tujuan Berkomunikasi
- b. Mengenali Komunikannya
- c. Menyampaikan Pesan dengan Jelas
- d. Menggunakan Alat Bantu yang Baik
- e. Memusatkan Perhatian
- f. Menghindari Gangguan Komunikasi
- g. Membuat Suasana yang Menyenangkan
- h. Menggunakan Bahasa Tubuh (*body language*) yang benar.

5. Komunikasi Efektif dalam Patient Safety Standar akreditasi mensyaratkan agar rumah sakit menyusun cara komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dapat dipahami penerima. Hal itu untuk mengurangi kesalahan dan menghasilkan perbaikan keselamatan pasien. Bentuk komunikasi yang rawan kesalahan diantaranya adalah instruksi untuk penatalaksanaan pasien yang diberikan secara lisan atau melalui telepon. Bentuk lainnya berupa pelaporan hasil tes abnormal, misalnya petugas laboratorium menelepon ke ruang perawatan untuk melaporkan hasil tes pasien. Rumah sakit perlu menyusun kebijakan dan atau prosedur untuk mengatur pemberian perintah / pesan secara lisan dan lewat telepon.

Kebijakan dan atau prosedur itu harus memuat:

- a. Perintah lengkap, lisan dan lewat telepon, atau hasil tes dicatat si penerima.
- b. Perintah lengkap, lisan dan lewat telepon, atau hasil tes dibaca-ulang si penerima.
- c. Perintah dan hasil tes dikonfirmasi oleh individu si pemberi perintah atau hasil tes.
- d. Pelaksanaan yang konsisten dari verifikasi tepat-tidaknya komunikasi lisan dan lewat telepon.
- e. Alternatif yang diperbolehkan bila proses membaca-ulang tidak selalu dimungkinkan, misalnya di ruang operasi dan dalam situasi darurat di bagian gawat darurat atau unit perawatan intensif.

Komunikasi adalah penyebab pertama masalah keselamatan pasien (patient safety). Komunikasi merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antar manusia. Komunikasi yang efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh penerima mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

Faktor yang dapat mendukung komunikasi efektif :

Dalam profesi keperawatan komunikasi menjadi lebih bermakna karena merupakan metode utama dalam mengimplementasikan proses keperawatan karena :

- a. Komunikator merupakan peran sentral dari semua peran perawat yang ada.
- b. Kualitas komunikasi adalah faktor kritis dalam memenuhi kebutuhan klien.

Faktor yang tidak mendukung komunikasi efektif yaitu:

- a. Tanpa komunikasi yang jelas, dapat memberikan pelayanan keperawatan yang tidak efektif.
- b. Tidak dapat membuat keputusan dengan klien/keluarga.
- c. Tidak dapat melindungi klien dari ancaman kesejahteraan.
- d. Tidak dapat mengkoordinasi dan mengatur perawatan klien serta memberikan pendidikan kesehatan.

Adapun aspek yang harus dibangun dalam komunikasi efektif adalah :

- a. Kejelasan

Dalam komunikasi harus menggunakan bahasa secara jelas, sehingga mudah diterima dan dipahami oleh komunikan.

- b. Ketepatan

Ketepatan atau akurasi ini menyangkut penggunaan bahasa yang benar dan kebenaran informasi yang disampaikan.

- c. Konteks

Maksudnya bahwa bahasa dan informasi yang disampaikan harus sesuai dengan keadaan dan lingkungan dimana komunikasi itu terjadi.

d. Alur

Bahasa dan informasi yang akan disajikan harus disusun dengan alur atau sistematika yang jelas, sehingga pihak yang menerima informasi cepat tanggap.

e. Budaya

Aspek ini tidak saja menyangkut bahasa dan informasi, tetapi juga berkaitan dengan tatakrama dan etika. Artinya dalam berkomunikasi harus menyesuaikan dengan budaya orang yang diajak berkomunikasi, baik dalam penggunaan bahasa verbal maupun nonverbal, agar tidak menimbulkan kesalahan persepsi.

Kerangka komunikasi efektif yang digunakan di rumah sakit adalah komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), metode komunikasi ini digunakan pada saat perawat melakukan *handover* ke pasien. Komunikasi SBAR adalah kerangka teknik komunikasi yang disediakan untuk petugas kesehatan dalam menyampaikan kondisi pasien.

SBAR adalah metode terstruktur untuk mengkomunikasikan informasi penting yang membutuhkan perhatian segera dan tindakan berkontribusi terhadap eskalasi yang efektif dan meningkatkan keselamatan pasien. SBAR juga dapat digunakan secara efektif untuk meningkatkan serah terima antara shift atau antara staf di daerah klinis yang sama atau berbeda. Melibatkan semua anggota tim kesehatan untuk memberikan masukan ke dalam situasi pasien termasuk

memberikan rekomendasi. SBAR memberikan kesempatan untuk diskusi antara anggota tim kesehatan atau tim kesehatan lainnya. Adapun keuntungan dari penggunaan metode SBAR adalah:

- a. Kekuatan perawat berkomunikasi secara efektif.
- b. Dokter percaya pada analisa perawat karena menunjukkan perawat paham akan kondisi pasien.
- c. Memperbaiki komunikasi sama dengan memperbaiki keamanan pasien.

Metode SBAR sama dengan SOAP yaitu Situation, Background, Assessment, Recommendation. Komunikasi efektif SBAR dapat diterapkan oleh semua tenaga kesehatan, diharapkan semua tenaga kesehatan maka dokumentasi tidak terpecah sendiri-sendiri. Diharapkan dokumentasi catatan perkembangan pasien terintegrasi dengan baik. Sehingga tenaga kesehatan lain dapat mengetahui perkembangan pasien.

Uraian metode SBAR :

- a. Situation: Bagaimana situasi yang akan dibicarakan/dilaporkan?
 - 1) Mengidentifikasi nama diri petugas dan pasien;
 - 2) Diagnosa medis;
 - 3) Apa yang terjadi dengan pasien.
- b. Background : Apa latar belakang informasi klinis yang berhubungan dengan situasi?
 - 1) Obat saat ini dan alergi;

- 2) Tanda-tanda vital terbaru;
 - 3) Hasil laboratorium : tanggal dan waktu tes dilakukan dan hasil tes sebelumnya untuk perbandingan;
 - 4) Riwayat medis;
 - 5) Temuan klinis terbaru.
- c. Assessment : berbagai hasil penilaian klinis perawat
- 1) Apa temuan klinis?;
 - 2) Apa analisis dan pertimbangan perawat?;
 - 3) Apakah masalah ini parah atau mengancam kehidupan?
- d. Recommendation : apa yang perawat inginkan terjadi dan kapan?
- 1) Apa tindakan / rekomendasi yang diperlukan untuk memperbaiki masalah?;
 - 2) Apa solusi yang bisa perawat tawarkan kepada dokter?;
 - 3) Apa yang perawat butuhkan dari dokter untuk memperbaiki kondisi pasien?;
 - 4) Kapan waktu yang perawat harapkan tindakan ini terjadi?

Keuntungan metode SBAR

- a. Perawat mendapatkan pengkajian kondisi pasien terkini.
- b. Perawat mengumpulkan data-data yang diperlukan yang berhubungan dengan kondisi pasien yang akan dilaporkan.
- c. Perawat memastikan diagnosa medis pasien dan prioritas masalah keperawatan yang harus dilanjutkan.

- d. Perawat membaca dan memahami catatan perkembangan terkini & hasil pengkajian perawat shift sebelumnya.
- e. Perawat menyiapkan medical record pasien termasuk rencana perawat harian.

Adapun contoh komunikasi efektif SBAR antar shift dinas/ serah terima :

Situation (S) :

- Nama : Tn.A umur 35 tahun, tanggal masuk 5 Januari 2020 sudah 3 hari perawatan,
- Dokter Penanggung Jawab : dr. Handoko, SpPD, diagnosa medis : Gagal ginjal kronik.

Masalah keperawatan:

- a. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit lebih
- b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Background (B):

- Pasien bedrest total , urine 50 cc/24 jam, balance cairan 1000 cc/ 24 jam.
- Anoreksia selama dirawat, ureum 300 mg/dl.
- Pasien program HD 2x seminggu Senin dan Kamis.
- Terpasang infuse NaCl 10 tetes/menit
- Dokter sudah menjelaskan penyakitnya tentang gagal ginjal kronik
- Diet : rendah protein 1 gram

Assessment (A) :

- Kesadaran compos mentis, TD 140/80 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 37,2 °C, RR 24 x/menit, oedema pada ekstremitas bawah, tidak sesak napas, urine sedikit, eliminasi faeses baik.
- Hasil laboratorium terbaru : Hb 9,2 mg/dl, albumin 3, ureum 237 mg/dl
- Pasien masih mengeluh mual.

Recommendation (R) :

- Awasi balance (intake-output) cairan
- Batasi asupan cairan
- Konsul ke dokter untuk pemasangan dower kateter
- Pertahankan pemberian pemberian deuritik injeksi furosemit 3 x 1 amp bantu pasien memenuhi kebutuhan dasar pasien
- Jaga aseptik dan antiseptic setiap melakukan prosedur.

Contoh komunikasi efektif SBAR antar perawat dengan dokter lewat telepon :

Situation (S) :

- Selamat pagi Dokter, saya Ahmad perawat Ruang Mawar
- Melaporkan pasien nama Tn A mengalami penurunan pengeluaran urine 40 cc/24 jam, mengalami sesak napas.

Background (B) :

- Diagnosa medis gagal ginjal kronik, tanggal masuk 5 Januari 2013, program HD hari Senin-Kamis.

- Tindakan yang sudah dilakukan posisi semi fowler, sudah terpasang dower kateter, pemberian oksigen 3 liter/menit 15 menit yang lalu.
- Obat injeksi diuretic 3 x 1 amp
- TD 150/80 mmHg, RR 30 x/menit, Nadi 100 x/menit, oedema ekstremitas bawah dan asites
- Hasil laboratorium terbaru : Hb 9 mg/dl, albumin 3, ureum 237 mg/dl
- Kesadaran composmentis, bunyi nafas rongki.

Assessment (A) :

- Saya pikir masalahnya gangguan pola nafas dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit lebih
- Pasien tampak tidak stabil

Recommendation (R) :

- Haruskah saya mulai dengan pemberian oksigen NRM ?
- Apa advise dokter? Perlukah peningkatan diuretic atau syringe pump ?
- Apakah dokter akan memindahkan pasien ke ICU?

I. Peran Perawat Dalam "Patient Safety"

Penerapan patient safety di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh peran perawat. Hal ini karena perawat merupakan komunitas terbesar di rumah sakit dan perawat adalah orang yang paling

dekat dengan pasien. Adapun hal-hal yang harus diperhatikan adalah :

- i. Sebagai pemberi pelayanan keperawatan, perawat mematuhi standart pelayanan dan SOP yang ditetapkan.
- ii. Menerapkan prinsip-prinsip etik dalam pemberian pelayanankeperawatan.
- iii. Memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan yang diberikan.
- iv. Menerapkan kerjasama tim kesehatan yang handal dalam pemberianpelayanan kesehatan.
- v. Menerapkan komunikasi yang baik terhadap pasien dan keluarganya. Peka, proaktif dan melakukan penyelesaian masalah terhadap kejadian tidak diharapkan.
- vi. Mendokumentasikan dengan benar semua asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.

Manfaat penerapan sistim keselamatan pasien antara lain:

1. Budaya safety meningkat dan berkembang
2. Komunikasi dengan pasien berkembang
3. Kejadian tidak diharapkan menurun. Peta KTD selalu ada dan terkini,
4. Resiko klinis menurun,
5. Keluhan dan litigasi berkurang,
6. Mutu pelayananmeningkat,

7. Citra rumah sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat.

Kewajiban perawat secara umum terhadap keselamatan pasien adalah

1. Mencegah malpraktek dan kelalaian dengan mematuhi standart.
2. Melakukan pelayanan keperawatan berdasarkan kompetensi.
Menjalin hubungan empati dengan pasien.
3. Mendokumentasikan secara lengkap asuhan. Teliti, obyektif dalam kegiatan. Mengikuti peraturan dan kebijakan institusi. Peka terhadap terjadinya cedera

J. Kebijakan yang mendukung kelamatan pasien

1. Pasal 43 UU No.44/2009 Tentang Rumah sakit
 - a. Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien
 - b. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.
 - c. Rumah Sakit melaporkan kegiatan keselamatan pasien kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh menteri
 - d. Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

Pemerintah bertanggung jawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman.

Sistem tersebut meliputi:

- a. Assessment risiko
 - b. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait risiko pasien
 - c. Pelaporan dan analisis insiden
 - d. Kemampuan belajar dari insiden
 - e. Tindak lanjut dan implementasi solusi meminimalkan risiko
2. Kebijakan Departemen Kesehatan tentang keselamatan pasien rumah sakit
- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit.
 - b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
 - c. Menurunnya Kejadian Tak Diharapkan (KTD).
 - d. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.
3. Kebijakan keselamatan pasien di rumah sakit antara lain:
- a. Rumah Sakit wajib melaksanakan sistim keselamatan pasien.
 - b. Rumah Sakit wajib melaksanakan 7 langkah menuju keselamatan pasien.
 - c. Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien.

- d. Evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien akan dilakukan melalui program akreditasi rumah sakit.

K. Monitoring Dan Evaluasi “Patient Safety”

1. Di rumah sakit

Pimpinan rumah sakit melakukan monitorin dan evaluasi pada unit-unit kerja di rumah sakit, terkait dengan pelaksanaan keselamatan di unit kerja

2. Di provinsi

Dinas kesehatan provinsi dan PERSI daerah melakukan monitorin dan evaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit

3. Di Pusat

- a. Komite kelamatan pasien rumah sakit melakukan monitorin dan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien rumah sakit di rumah sakit.
- b. Monitorin dan evaluasi dilaksanakan minimal satu tahun satu kali.

Rangkuman :

Sasaran patient safety atau keselamatan pasien meliputi; identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu di waspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh.

Patient safety adalah suatu tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan keamanan pada pasien. Tindakan tersebut meliputi pengkajian mengenai resiko, identifikasi, manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko.

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

Permenkes RI nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan pasien di rumah sakit.

Pelaksanaan Keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan kesehatan harus dilakukan secara optimal melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya.

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

Tes Formatif

1. Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Adapaun elemen penilaian adalah:
 - a. Pasien di identifikasi menggunakan dua identitas pasien, menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
 - b. Melihat buku status pasien saja sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
 - c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.

- d. Pasien di minta persetujuan sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
2. Keluarga dan pasien mempunyai hak untuk mengetahui alasan tindakan keperawatan yang diberikan dan kemungkinan yang terjadi bila tidak dilakukan. Berdasarkan pernyataan diatas termasuk standar?
 - a. Hak pasien
 - b. Mendidik pasien dan keluarga
 - c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
 - d. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
3. Agar keselamatan pasien terlindungi dengan baik, diharapkan Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien” Manakah standar keselamatan pasien yang sesuai dengan pernyataan di atas?
 - a. Standar 1 keselamatan pasien
 - b. Standar 3 keselamatan pasien
 - c. Standar 5 keselamatann pasien
 - d. Standar 7 keselamatan pasien
4. Membangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan dan

mencegah kejadian berulang kembali. Termasuk dalam langkah–langkah keselamatan pasien manakah pada pernyataan di atas?

- a. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat
 - b. Bangun budaya keselamatan
 - c. Integrasikan kegiatan manajemen resiko Anda
 - d. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien
5. Pastikan ada kebijakan yang menyatakan apa yang harus dilakukan oleh staf apabila terjadi insiden, bagaimana dilakukan investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan kepada pasien, keluarga, dan staf. Ini merupakan kegiatan yang dilaksanakan patient safety pada langkah :
- a. Langkah 1 : bangun budaya keselamatan
 - b. Langkah 3 : integritaskan kegiatan manajemen risiko
 - c. Langkah 4 : bangun sistem pelaporan
 - d. Langkah 5 : Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat
6. Melaksanakan advokasi program keselamatan pasien di rumah sakit, dan advokasi ke pemerintah daerah tentang dukungan anggaran, ini merupakan kriteria monitoring dan evaluasi patient safety yang dilakukan pada tingkat:
- a. Di Puskesmas
 - b. Di Rumah sakit
 - c. Di kecamatan

- d. Di Propinsi/kabupaten /kota
7. Komunikasi merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antar manusia yang dapat dipahami oleh penerima mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Aspek yang harus di bangun dalam komunikasi efektif adalah :
- a. Kejelasan
 - b. Pengucapan
 - c. Mengucapkan salam
 - d. Menggunakan bahasa resmi
8. Pemerintah bertanggungjawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, yermasuk dalam sistem ?
- a. Assessment untuk memperoleh data
 - b. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait penyakit pasien
 - c. Pelaporan dan analisis insiden
 - d. Tindak lanjut dan implementasi solusi akibat risiko

Daftar Pustaka

- Agus D. Susanto dan Widodo J. Pudjiraharjo. 2013. Intervensi Problem Solving Cycle (PSC) Berdasarkan 7 Prinsip Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan* Volume II nomor 2, 76 – 79
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Pedoman Penyelenggaraan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*.
- Pabuti, Aumas. (2011). *Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien (KP) Rumah Sakit*. Proceedings of expert lecture of medical student of Block 21st of Andalas University, Indonesia
- Permenkes RI Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit Online : <http://bprs.kemkes.go.id/v1/uploads/pdf/files/peraturan/21%20OPMK%20No.%201691%20ttg%20Keselamatan%20Pasien%20Rumah%20Sakit> 22 Maret 2021
- Tutiany. Lindawati dan Paula Krisanti. 2017. *Manajemen Keselamatan Pasien*. PPSDM. Kementerian Kesehatan RI.

BIOGRAFI PENULIS



Nama : Muhdar, S.ST., M.Kes
Tempat Tanggal Lahir : Welado, 23 April 1974
Agama : Islam
Status : Kawin
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Pemuda, Lr Mistik III
Telpon/Hp : 081342739965

JENJANG PENDIDIKAN

| A. Formal : | Lulus |
|--|--------------|
| SD : SD Impr 10/73 Welado Kab. Bone | Tahun 1986 |
| SLTP : SMPN Poasaa | Tahun 1989 |
| SLTA : SPK PPNI Kendari | Tahun 1992 |
| D III : Akper Depkes Tidung Makassar | Tahun 2001 |
| S1/DIV: DIV Keperawatan UNAIR Surabaya | Tahun 2003 |
| S2 : IKM AKK-MKIA UNDIP Semarang | Tahun 2008 |

B. Pekerjaan :

Pengajar Akper Pemkab Kolaka 2003-2018
Dosen D3 Prodi Keperawatan USN Kolaka 2018 s.d Sekarang

BAB II

PERAN PERAWAT DALAM KEGIATAN KESELAMATAN PASIEN

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diwujudkan melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu Keperawatan. penyelenggaraan pelayanan keperawatan harus dilakukan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, aman, dan terjangkau oleh perawat yang memiliki kompetensi, kewenangan, etik, dan moral tinggi. Untuk menjamin perlindungan keselamatan dan kesehatan terhadap pasien sebagai penerima pelayanan keperawatan dan perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan diperlukan berbagai upaya preventif yang dapat dilakukan oleh tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien pada fasilitas kesehatan (Uu No 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan)

Untuk meminimalisir timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil maka tenaga keperawatan di fasilitas kesehatan dapat mengimplementasi sasaran keselamatan pasien sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar,
2. Meningkatkan komunikasi yang efektif,
3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai,
4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar,
5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan,
6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

A. Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Kesalahan akibat keliru pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya *error*/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien adalah sebagai berikut:

1. Pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi,
2. Pasien Mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya,
3. Pasien bertukar tempat tidur, kamar, dan lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan,
4. Pasien mengalami disabilitas sensori atau akibat situasi lainnya.

Yang dimaksud mengidentifikasi pasien dengan benar adalah melakukan dua kali pengecekan yaitu:

DAFTAR PUSTAKA

- Azis, alimul H. (2006). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medik
- Kholid Rosyidi (2013) Prosedur Praktek Keperawatan Jilid 1 CV Trans Info Media DKI Jakarta 13550.
- Nugraheni, dkk. 2012. Infeksi Nosokomial di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. Semarang : Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol. 11 / No.1, April 2012
- Pabuti, Aumas. (2011). Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien (KP) Rumah Sakit. Proceedings of expert lecture of medical student of Block 21st of Andalas University, Indonesia
- Triwibowo, C., Yuliawati, S., & Husna, N. A. (2016). Handover Sebagai Upaya Peningkatan Keselamatan Pasien (Patient Safety) di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Vol.11, No.2 , 76-80.
- Yacob, S., Yadav, S. S., & Sikarwar, B. S. (2019). Design and Simulation of Isolation Room for a Hospital. *Advances in Fluid and Thermal Engineering*. 2018, pp.

BIOGRAFI PENULIS



Darmin, S.KM., M.Kes lahir pada tanggal 27 Agustus 1988 di Bima. Memperoleh gelar S.KM dari Universitas Muslim Indonesia Makassar tahun 2010, memperoleh gelar M.Kes dari Universitas Airlangga Surabaya tahun 2015. Darmin mulai bekerja sebagai Dosen pada tahun 2017-2019 di STIKES Griya Husada Sumbawa. Kemudian pindah menjadi dosen di Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kota Kotamobagu pada Tahun 2020 sampai sekarang. Pernah menjabat sebagai Kaprodi S1 Keperawatan pada tahun 2017 di STIKES Griya Husada Sumbawa, Kaprodi S1 Kesehatan Masyarakat pada tahun 2018 di STIKES Griya Husada Sumbawa, Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Periode 2021-2025.

BAB III

INFEKSI NASOKOMIAL

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang terjadi pada pasien yang dirawat di Rumah sakit. Infeksi nosokomial merupakan gambaran penularan yang sangat penting dalam pelayanan keperawatan bagi petugas, pengunjung dan pasien rawat inap di Rumah Sakit. Infeksi nosokomial bukan hanya menyerang pasien rawat inap tetapi juga petugas yang berhubungan dengan proses pelayanan dalam perawatan. Infeksi nosokomial dikenal juga sebagai *Hospital Acquired Infection* (HAI), yaitu infeksi yang didapat di rumah sakit.

Infeksi nosokomial digunakan untuk infeksi yang tidak mengalami masa inkubasi sebelum dirawat di rumah sakit, tetapi terjadi 72 jam setelah perawatan di rumah sakit. Secara umum, pasien yang masuk rumah sakit dan menunjukkan tanda infeksi yang kurang dari 3 x 24 jam, menunjukkan bahwa masa inkubasi penyakit telah terjadi sebelum pasien masuk rumah sakit. Pasien dinyatakan sebagai infeksi nosokomial bila memenuhi beberapa kriteria: Awal mulai dirawat di rumah sakit tidak didapatkan tanda klinis infeksi dan Pada saat dirawat di rumah sakit tidak sedang dalam masa inkubasi infeksi. Infeksi nosokomial terjadi pada pasien, perawat, dokter, pekerja rumah sakit, dan pengunjung rumah sakit.

Relevansi

Pada mata kuliah pasien safety , materi mata ajar infeksi nosokomial sangat berkaitan erat dengan, infeksi terjadi pada pasien yang sedang mendapatkan asuhan keperawatan dari tenaga keperawatan, sehingga keamanan dan kenyamanan pasien yang sedang dirawat mendapatkan asuhan keperawatan yang bermutu berdampak langsung pada hari perawatan menjadi lebih singkat.

Capaian Pembelajaran di akhir bab ini diharapkan mampu :

1. Menjelaskan definisi Infeksi nosokomial
2. Menjelaskan jenis mikroorganisme
3. Menjelaskan perkembangan biakan mikroorganisme
4. Menjelaskan proses infeksi
5. Menjelaskan proses penularan penyakit
6. Memahami pencegahan infeksi nosokomial dan manajemennya di tatanan pelayanan.

A. Definisi Infeksi Nosokomial

Istilah nosokomial berasal dari bahasa Yunani yaitu *nosokomeion*, (*nosos* = penyakit, *komeo* = merawat). **Infeksi nosokomial adalah infeksi yang diperoleh atau terjadi di Rumah Sakit. Seseorang dikatakan mengalami infeksi nosokomial jika infeksiya didapat ketika berada atau menjalani perawatan di rumah sakit. (Darmadi, 2008)**

Daftar Pustaka

- CDC definition of nosocomial infection.* [disitasi 23 Januari 2021]
tersedia dari : [www.medical.college.kku.edu.sa/pgcme/nosocomial/CDC Definitions. Pdf.](http://www.medical.college.kku.edu.sa/pgcme/nosocomial/CDC%20Definitions.Pdf)
- Darmadi, 2008. *Infeksi Nosokomial Problematika dan Pengendaliannya.* Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat, A. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Kosep danAsuhan Keperawatan 1.* Jakarta : Salemba Medika.
- Johns Hopkins Medicine. 2019. Conditions and Diseases. Surgical Site Infections. Mayo Clinic. Diseases and Conditions. Urinary tract infection
- Kusnadi, dkk. 2003. *Mikrobiologi (Common Teksbook).* Biologi FPMIPA UPI, IMSTEP.
- Maryunani, Anik. 2011. *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan (KDPK).* Jakarta : Trans Info Media (TIM).
- Nasution, L. 2012. Infeksi Nosokomial. Medan : Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Vol. 39. No.1 Tahun 2012
- Nugraheni, dkk. 2012. Infeksi Nosokomial di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. Semarang : Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol. 11 / No.1, April 2012

- Nurul Ana. 2014. *Infeksi Mikroba dan Infestasi Parasit* . <http://ananurulf29.blogspot.co.id/2014/11/infeksi-mikroba-dan-infestasi-parasit.html>. Diakses tanggal 27 februari 2021 Pukul 19.12
- Potter, P. A and Perry, A. G. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4 Volume 1. Penerjemah Yasmin Asih, dkk. Jakarta : Salemba Medika.
- Valencia H, Pietrangelo. 2016. *How Are Diseases Transmitted*, <https://www.healthline.com/health/disease-transmission>

BIOGRAFI PENULIS



Nama : Tukatman, Skep. Ns. M.Kep
Tempat Tanggal Lahir : Blitar 19 Maret 1972
Agama : Islam
Status : Kawin
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Kandea No 16 Komp. BTN Tahoa
Telpon/Hp : 0811409330

JENJANG PENDIDIKAN

| A. Formal : | Lulus |
|---|-----------------|
| -SD : SDN No 7 Toari Jaya Kab. Kolaka | Tahun 1986 |
| -SLTP : SMPN Toari | Tahun 1989 |
| -SLTA : SMAN Kolaka | Tahun 1992 |
| -D III : Akper Depkes Makassar | Tahun 1996 |
| -S1/Ner: PSIK UNAIR Surabaya | Tahun 2005/2006 |
| -S2 : Magister Keperawatan Unair Surabaya | Tahun 2015 |

B. Pekerjaan :

- Pengelola/ Pengajar SPK Depkes Kendari Filial Kolaka 1996-2003
- Pengajar Akper Depkes Kendari 1998-2003
- Pengajar Akper Pemkab Kolaka 2002-2018
- Perawat RSUD Benuamin Guluh Kolaka 2016-2018
- Dosen D3 Prodi Keperawatan USN Kolaka 2018 s/d
sekarang

BAB IV

PRINSIP MIKROBIOLOGI DAN PARASITOLOGI DALAM PATIENT SAFETY

A. Pengantar

Mikrobiologi berasal dari kata dalam Bahasa Yunani yaitu **mikros** artinya kecil, **bios** artinya hidup, dan **logos** artinya ilmu. Mikrobiologi merupakan suatu ilmu tentang organisme hidup yang berukuran mikroskopis adalah bidang keilmuan yang menelaah mengenai organisme hidup yang berukuran mikroskopis. Dalam bidang mikrobiologi kita mempelajari berbagai segi dari mikroba atau jasad renik dalam hal dimana keberadaannya, ciri-cirinya, kekerabatan antara sesamanya maupun organisme yg lain, pengendaliannya, dan peranannya dalam kesehatan dan kesejahteraan manusia. Mikroba erat hubungannya dengan kehidupan kita, sebagian bermanfaat dan menunjang kehidupan dan yang lain dapat menyebabkan penyakit. Contoh : dalam pembuatan anggur, keju, yogurt, penisilin, dan dalam memproses limbah Mikrobiologi termasuk bidang ilmu yang masih muda. Dunia mikroba baru ditemukan sekitar 300 tahun yang lalu dan baru dipahami dan dihargai 200 tahun kemudian. Selama 40 tahun terakhir mikrobiologi muncul sebagai bidang biologi yang sangat berarti.

Mikroorganisme atau Mikroba

Ada banyak jenis mikroorganisme yang ada di lingkungan. Kelompok utama meliputi:

1. bakteri
2. virus
3. jamur
4. protozoa

Mikro-organisme yang memasuki tubuh tidak selalu mengakibatkan penyakit, karena sistem kekebalan dirangsang untuk melindungi tubuh. Namun bila organisme yang menyerang dalam jumlah yang cukup besar untuk mengatasi sistem imun maka akan timbul penyakit dan kesakitan. Penyakit juga akan terjadi jika tubuh memiliki sedikit kekebalan terhadap mikroba yang menyerang atau jika sistem kekebalan itu sendiri telah dirusak oleh penyakit seperti pada AIDS. Jika pertahanan tubuh diatasi maka mikroba akan menyebabkan kerusakan atau perusakan sel. Beberapa mikroba melepaskan racun yang menghancurkan sel, sementara yang lain berkembang biak dan langsung menghancurkannya. Berbagai mikroorganisme menghasilkan berbagai macam penyakit, masing - masing menunjukkan gejala tertentu. Ketika sistem kekebalan gagal menahan suatu penyakit, obat-obatan diperlukan untuk mengobati infeksi. Obat antibakteri atau antibiotik digunakan untuk

DAFTAR PUSTAKA

- Ghosh Saugata. 2018. *Medical Parasitology*. Jaypee Brothers Medical Publishers
- Gupte Satish, 2010. *The Short Textbook of **Medical Microbiology** (Including Parasitology) **Tenth Edition***, Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd, New Delhi.
- Hiaranya putri, sukini, Yodong. 2017. *Mikrobiologi*. Kementerian Kesehatan. Jakarta
- Levinson Warren, 2014. *Review of Medical Microbiology and Immunology, Fourteenth Edition*. Mc. Graw Hill Education.
- Rosser, 2007. *Body Massage Therapy*. Hodder Arnold. Milton Park, Abingdon, Oxon
- Sastry sankar, Bhat Sandhiya. 2014. *Essentials of Medical Parasitology **First Edition***, Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd, New Delhi.

BIOGRAFI PENULIS



PARYONO, S.Kep, Ns, M.Kes., lahir di Klaten Jawa Tengah pada tanggal 04 Oktober 1963. Riwayat Pendidikan Umum dan Profesi: SD Negeri 1 Bulurejo lulus 1976, SMP Negeri 1 Juwiring lulus 1980, SPK “Tegalyoso” Klaten lulus 1984, Akademi Keperawatan “Pajajaran” Bandung lulus 1990, S1 Keperawatan PSIK Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta lulus 2001, Profesi Ners pada PSIK Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta lulus 2002, S2 Ilmu Kedokteran Dasar minat Anatomi pada Sekolah Pasca Sarjana UGM lulus 2007. Pendidikan keguruan : Akta Mengajar III IKIP Bandung lulus 1990, Pekerti UNY Yogyakarta tahun 2007, Pekerti AA UNS Surakarta 2014. Pendidikan Non Formal : Kursus Pijat Refleksi LKP Nakamura Surakarta tahun 2014, Kursus Pijat Akupresur LKP Keppti Bekasi 2015, Penyetaraan Pendidik dan instruktur Pijat Urut Tradisional oleh PaP3i Pusat tahun 2017, Kursus Akupresur LKP Sehat Harmoni Malang tahun 2019.

Riwayat pekerjaan : sebagai pelaksana keperawatan di Kamar Operasi RSUP Tegalyoso Klaten (1984 – 1987), Guru SPK “ Tegalyoso” Klaten (1990 – 1999), Dosen Akademi Kebidanan Depkes dan Kesos Klaten yang selanjutnya menjadi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta (2001 hingga sekarang). Mata kuliah yang

ditekuni meliputi : Anatomi dan Fisiologi, Biostatistika, Kewirausahaan, Pijat Refleksi dan Pijat Tradisional. Selain meniti karier dibidang pengajaran di Perguruan Tinggi Kesehatan penulis juga sebagai pendidik Pijat Refleksi dan Pijat Urut Tradisional sekaligus sebagai penguji Nasional Pijat Urut Tradisional Indonesia.

BAB V

PRINSIP-PRINSIP STERILISASI DAN DISINFEKTAN

A. PENDAHULUAN

Perkembangan ilmu mikrobiologi telah memberikan sumbangan yang besar bagi dunia kesehatan. Adanya penemuan konsep dekontaminasi dan berbagai macam alat serta bahan sterilisasi dan desinfeksi dapat mencegah atau mengendalikan infeksi di kalangan tenaga kesehatan dan membantu proses penyembuhan pasien. Pasien dan tenaga kesehatan beresiko untuk mendapatkan infeksi jika tidak melaksanakan tindakan pencegahan infeksi dengan benar. Hal ini dikarenakan petugas kesehatan sebagai pelaksana tindakan dapat menjadi agen penyebar infeksi pada pasien baik dalam hal pelaksanaan prosedur atau karena instrumen yang tidak steril, dimana risiko utama dari semua prosedur adalah pengenalan mikroba patogen pada tubuh yang dapat menyebabkan infeksi (DepKes RI, 2009).

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang diperoleh ketika pasien sedang dalam proses perawatan setelah \pm 72 jam di rumah sakit. Untuk meminimal kasus infeksi nosokomial perlu dilakukan pengendalian. Pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit meliputi kegiatan pencegahan dan penanggulangan. Untuk mengurangi terjadinya infeksi nosokomial perlu dilakukan

langkah-langkah menghilangkan kuman penyebab penyakit dari sumber infeksi, mencegah kuman tersebut mencapai penderita dan menjauhkan penderita yang rentan. Faktor yang paling penting adalah higiene dan kebersihan perorangan maupun rumah sakit. Salah satu strategi pencegahan infeksi adalah dengan dekontaminasi (pembersihan, desinfeksi dan sterilisasi). Pembersihan, desinfeksi, dan sterilisasi adalah merupakan kunci utama pencegahan penyebaran infeksi karena melalui proses ini, mikroorganisme yang melekat pada peralatan medis atau objek dapat dihilangkan dan dimusnahkan sehingga aman untuk penggunaan selanjutnya (Lewis T, 2013).

B. PEMBERSIHAN AWAL DAN PEMBERSIHAN

Pembersihan awal berarti pembuangan cairan tubuh seperti darah dan atau kontaminasi lainnya sebelum disinfeksi atau sterilisasi dilakukan. Salah satu proses pembersihan awal adalah dengan melakukan perendaman seluruh permukaan alat. Pembersihan awal yang menyeluruh sangat penting untuk keberhasilan desinfeksi dan sterilisasi karena pembersihan awal yang benar dapat mengurangi beban patogen sambil menghilangkan residu organik dan anorganik. Prinsip dasar dari pembersihan awal adalah memastikan bahwa semua permukaan alat yang telah dipakai terendam dalam cairan yang telah

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI (DepKes RI). (2009). *Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi (Central Sterile Supply department/CSSD) di Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan RepublikIndonesia
- IFIC. (2011). *IFIC Basic Concepts of Infection Control*. 2nd Edition. Ireland, UK: International Federation of Infection Control.
- Lewis T. (2013). *Infection Prevention and Control Team. Policy on Cleaning and Disinfection of Equipment, Surfaces, Environment and Skin*. Edisi ke-5. NorthBeccles: ECCH.
- Marnie C, Peters MDJ. (2020). *Covid-19: Cleaning and Disinfection of Hospital Surfaces and Equipment*. Australian : Australian Nursing & Midwifery Federation.
- Muvianto CMO, Yuniarto K. (2020). Pemanfaatan UV Chamber Sebagai Disinfektan Alat pelindung Diri Untuk Pencegahan Penyebaran Virus Corona. *Jurnal Abdi Insani Universitas Mataram*. Vol 7. No 1:87-92. Doi: <http://doi.org/10.29303/abdiinsani.v7i1.312>
- Pankey GA. (2014). Clinical Relevance Of Bacteriostatic Versus Bactericidal Mechanisms Of Action In The Treatment Of Grampositive Bacterial Infections. *Oxford Journals Clinical Infectious Diseases*. vol. 38, no.6:864-870
- Pratiwi ST. (2008). *Mikrobiologi Farmasi*. Yogyakarta: Penerbit Erlangga.
- Rutala WA, Weber DJ. (2008). *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*. Central for Disease Control. North Carolina: U.S. Department of Health and Human Services. Cited in

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/>.
Diakses tanggal 3 Maret 2021

Somani SB, Ingole NW & Kulkarni NS. (2011). Disinfection of Water by Using Sodium Chloride (NaCl) and Sodium Hypochlorite (NaOCl). *Journal of Engineering Research and Studies*. Vol.II. Issue IV:40-43

World Health Organization (WHO). (2020a). *Essential Environmental Health Standards in Health Care*. Jenewa: World Health Organization. Cited in (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/en/). Diakses 6 Maret 2021)

World Health Organization (WHO). (2020b). *Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities*. Jenewa. Cited in <https://www.who.int/infection-prevention/publications/decontamination/en/>. Diakses 6 Maret 2021.

World Health Organization (WHO). (2020c). *Panduan Interim. Pembersihan dan Disinfeksi Permukaan Lingkungan Dalam Konteks COVID-19*. Cited in [WHO/2019-nCoV/Disinfection/2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disinfection-2020.1). Diakses tanggal 06 Maret 2021

BIOGRAFI PENULIS



Bestfy Anitasari, lahir di Soppeng 01 Desember 1984. Penulis merupakan anak kedua dari pasangan Muchtar, S.Pd dan Tahira (almh). Meraih gelar sarjana keperawatan pada Tahun 2007 dan gelar Ners pada Tahun 2008 di Universitas Hasanuddin. Kemudian mencapai gelar Magister Keperawatan pada Tahun 2013 dan pada Tahun 2014 mencapai gelar Ners Spesialis Keperawatan Maternitas di Universitas Indonesia. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Institut Kesehatan dan Bisnis Kurnia Jaya Persada Palopo.

BAB VI

KEBIJAKAN Mendukung KESELAMATAN PASIEN

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

Mengingat betapa pentingnya hal tersebut, maka sangatlah penting sebagai seorang perawat Ahli Madya memahami tentang konsep patient safety, sehingga pada saat melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi serta evaluasi sehingga tidak terjadi medical error

Setelah selesai mempelajari bab ini mahasiswa diharapkan dapat :

- A. Menjelaskan penerapan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien
- B. Menjelaskan penerapan prinsip dan implementasi upaya pencegahan penularan
 - 1. Cuci tangan

2. Penggunaan alat proteksi diri
3. Cara bekerja diruang isolasi
4. Cara melakukan desinfeksi dan sterilisasi

A. Penerapan 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan sistem yang bertujuan untuk memberikan asuhan terhadap pasien secara aman sebagai upaya mencegah kejadian yang tidak diinginkan (Kemenkes, 2011: 13). Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf rumah sakit yang cukup besar, merupakan hal yang berpotensi terjadinya kesalahan dalam proses pemberian pelayanan kesehatan berupa kesalahan diagnosis, Pengobatan, perawatan, serta kesalahan sistem lainnya sehingga berbagai kesalahan yang terjadi mengakibatkan insiden keselamatan Pasien. Tujuan patient safety menurut Triwibowo, C., Yuliawati, S., & Husna, N. A. (2016: 76)

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RumahSakit
2. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di Rumah Sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD.

DAFTAR PUSTAKA

Anam Priyatno. (2014). 6 langkah Cara Mencuci Tangan Yang Benar Menurut WHO.

Azis, alimul H. (2006). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medik

Depkes RI. (2006) Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

<http://promkes.kemkes.go.id/flyer-6-langkah-cuci-tangan-pakai-sabun-ctps> diakses Kamis, 23 April 2020 - 09:34:39 WITA

<http://sumbermakalahkeperawatan.blogspot.com/2012/12/pengendalian-infeksi.html#sthash.Yf4sm5KY.dpuf>. (8 Oktober 2019)

Husney, A. Michigan Medicine (2019:). Hospital Isolation Rooms. Robinson, J. WebMD (2018). Quarantine and Isolation.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020). Pedoman Pencegahan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19).

Kementerian Kesehatan RI, (2011), Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya, Cetakan ketiga, Jakarta.

Kholid Rosyidi (2013) Prosedur Praktek Keperawatan Jilid 1 CV Trans Info Media DKI Jakarta 13550.

Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. Per.08/Men/VII/2010 mengenai APD atau alat pelindung

diri. Peralatan K3 yang sesuai dengan SNI bagi para pekerjanya.

Permenkes RI Nomor 1691. (2011) Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Piri, Sovian. (2015). Pengaruh Kesehatan, Pelatihan dan Penggunaan Alat Pelindung Diri terhadap Kecelakaan Kerja pada pekerja Konstruksi di Kota Tomohon., 2(4). Available at. *Jurnal Ilmiah Media Engineering Vol 2 No. 4* November 2015.

Setya, P., Santoso, & Rahayu, P. E. (2018). Pelaksana Keselamatan dan Kesehatan Kerja Terhadap Kejadian Kecelakaan Kerja Perawat Rumah Sakit. *Jurnal Edurance Vol.3, No.2* , 271-277.

Simamora, R. H. (2019). Pengaruh Penyuluhan Identifikasi Pasien dengan Menggunakan Media Audiovisual terhadap Pengetahuan Pasien Rawat Inap. *Jurnal Keperawatan Silampari* , 342-351.

Siti Bandiyah. (2013) *Keterampilan Dasar Dalam Keperawatan (KDDK)* Nuha Medika , 2013 CIAMIS JAWA BARAT

Triwibowo, C., Yulawati, S., & Husna, N. A. (2016). Handover Sebagai Upaya Peningkatan Keselamatan Pasien (Patient Safety) di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan Soedirman(The Soedirman Journal of Nursing)*, Vol.11, No.2 , 76-80.

Yacob, S., Yadav, S. S., & Sikarwar, B. S. (2019). Design and Simulation of Isolation Room for a Hospital. *Advances in Fluid and Thermal Engineering*. 2018, pp.

BIODATA PENULIS



Bangu, AMK, S.Pd.,M.A. Hed, merupakan dosen pengajar tetap pada program studi D3 Keperawatan Universitas Sembilanbelas November Kolaka. Penulis kelahiran Kendari, 20 Juni 1965. Penulis menempuh jenjang Pendidikan Akper Depkes Semarang lulus tahun 1995. Kemudian penulis melanjutkan studi S1 Pendidikan Program Studi Pendidikan Bahasa Inggris di Sekolah Tinggi Keguruan dan Ilmu Pendidikan (STKIP) 19 November Kolaka lulus tahun 2002. Penulis melanjutkan Program Magister di Western Mindanao State University (WMSU) Philippines jurusan Health Education (Pendidikan Kesehatan) lulus tahun 2010. Karier menjadi staf pengajar di SPK Filial Kendari (1997 – 2001). Menjadi staf pengajar Akper Pemda Kolaka (2002 – 2017). Mata kuliah yang penulis ajarkan antara lain Promosi Kesehatan, Keperawatan Gawat Darurat, Home Care dan Dasar – Dasar Keperawatan. Setelah merger di Universitas Sembilanbelas November Kolaka mulai tahun 2018 hingga tahun buku ajar ini diterbitkan menjadi staf pengajar tetap. Saat ini penulis tinggal di Jalan Cumi – Cumi no. 16 Kelurahan Kolakaasi, Kecamatan Latambaga Kabupaten Kolaka. Penulis dapat dihubungi di Hp/wa 085 254 207 191 atau email: abangakper65@gmail.com

MANAJEMEN *PATIENT SAFETY*

Buku dengan judul Manajemen Patient Safety merupakan buku ajar yang disusun sebagai media pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan. Buku ini diterbitkan sebagai sumber referensi dan pedoman belajar bagi mahasiswa yang sedang memprogramkan mata kuliah Manajemen Patient Safety. Penyusunan buku ini didasarkan pada capaian pembelajaran mata kuliah.

Pokok-pokok bahasan dalam buku ini mencakup:

1. Konsep dasar patient safety
2. Peran perawat dalam kegiatan keselamatan pasien
3. Infeksi nosokomial
4. Prinsip mikrobiologi dan parasitologi dalam patient safety
5. Prinsip-prinsip sterilisasi dan desinfeksi
6. Kebijakan mendukung keselamatan pasien



CV Tahta Media Group

Klaten, Jawa Tengah

Email : tahtaliterasimedia@gmail.com

Telp/WA : +62 813-5346-4169

IG : tahtamediagroup

ISBN 978-623-96623-3-2

